

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Республики Крым «Черноморская центральная районная больница»
(ГБУЗ РК «Черноморская ЦРБ»)**

ПРИКАЗ

09 января 2020 года

№ 7

Черноморское

***Об утверждении алгоритмов сестринских
манипуляций и плана профилактических и
противоэпидемических мероприятий в
ГБУЗ РК «Черноморская ЦРБ»***

Руководствуясь Федеральным Законом РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ, Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2010 N 58 "Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность", СП 1.1.1058-01 "Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий", Санитарно-эпидемиологических правил и норм СанПиН 2.1.7.2790-10 "Санитарно-эпидемиологические требования по обращению с медицинскими отходами" в целях профилактики внутрибольничных инфекций, соблюдения дезинфекционно-стерилизационного режима в медицинской организации

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить алгоритмы сестринских манипуляций в ГБУЗ РК «Черноморская ЦРБ» (приложение 1);
2. Утвердить плана профилактических и противоэпидемических мероприятий в ГБУЗ РК «Черноморская ЦРБ» (приложение 2);
3. Делопроизводителю довести приказ до сведения всех ответственных лиц под подпись.
4. Контроль выполнения настоящего приказа оставляю за заместителем главного врача по медицинской части Кошман А.В.

Главный врач



Е.Ю Титов.

**Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения Республики
Крым «Черноморская Центральная Районная Больница»**

**АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ СЕСТРИНСКИХ
МАНИПУЛЯЦИЙ.**

Черноморское 2020г

АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ СЕСТРИНСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ.

Оглавление:

- 1. Алгоритм выполнения мытья головы.**
- 2. Алгоритм ухода за ногтями тяжелобольного.**
- 3. Алгоритм бритья тяжелобольного.**
- 4. Постановка горчичников.**
- 5. Постановка банок.**
- 6. Бритье кожи предоперационное или поврежденного участка.**
- 7. Уход за полостью рта больного в условиях реанимации и интенсивной терапии.**
- 8. Уход за респираторным трактом в условиях искусственной вентиляции легких.**
- 9. Уход за назогастральным зондом, носовыми канюлями и катетером.**
- 10. Уход за сосудистым катетером (центральным) - смена повязки.**
- 11. Уход за сосудистым катетером (центральным/периферическим) - промывание катетера.**
- 12. Алгоритм ухода за сосудистым катетером (периферическим) - смена повязки.**
- 13. Алгоритм пособия при гастростоме.**
- 14. Уход за назогастральным зондом.**
- 15. Пособие при илеостоме.**
- 16. Пособие при стомах толстого кишечника.**
- 17. Промывание колостомы.**

18. Бужирование стомы.
19. Посobie при дефекации тяжелого больного.
20. Постановка очистительной клизмы.
21. Удаление копролита.
22. Спринцевание влагалища.
23. Посobie при мочеиспускании тяжелого больного.
24. Уход за постоянным мочевым катетером.
25. Уход за внешним мочевым катетером.
26. Перемещение тяжелобольного в постели.
27. Размещение тяжелобольного в постели.
28. Транспортировка тяжелобольного внутри учреждения.
29. Транспортировка тяжелобольного внутри учреждения на функциональном кресле-каталке.
30. Кормление тяжелобольного через рот и назогастральный зонд.
31. Приготовление и смена постельного белья тяжелобольному.
32. Посobie по смене белья и одежды тяжелобольному.
33. Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольного.
34. Уход за пупочной ранкой новорожденного.
35. Пеленание новорожденного.
36. Уход за дренажом.
37. Оценка интенсивности боли.
38. Подкожное введение лекарственных средств и растворов.
39. Внутривенное введение лекарственных средств.
40. Внутримышечное введение лекарственных средств.
41. Взятие крови из пальца без применения вакуумной системы.

42. Алгоритм взятия крови из пальца с применением одноразовой системы для взятия капиллярной крови.
43. Внутривенное введение лекарственных препаратов (струйно).
44. Внутривенное введение лекарственных средств (капельно с помощью системы для вливания инфузионных растворов).
45. Внутривенного введения лекарственных препаратов струйно или капельно через катетер установленный в центральной вене.
46. Внутривенного введения лекарственных препаратов струйно и капельно через катетер, установленный в периферической вене.
47. Взятие крови из периферической вены шприцем.
48. Взятия крови из периферической вены иглой.
49. Взятие крови из периферической вены с помощью закрытых вакуумных систем.
50. Промывание с применением желудочного зонда (пациент в сознании).
51. Введение лекарственных препаратов с помощью клизм.

1. Алгоритм выполнения мытья головы.

I Подготовка к процедуре:

- 1) Подготовить все необходимое для процедуры, закрыть окна, обеспечить пациенту условия конфиденциальности.
- 2) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки.
- 4) Надеть одноразовый фартук.
- 5) Поставить в изголовье кровати с рабочей стороны стул; пустую емкость для воды поставить на стул.
- 6) Наполнить другую емкость теплой водой, поставить рядом. Измерить температуру воды.
- 7) Раздеть пациента до пояса и накрыть оголенную часть туловища простыней, под плечи положить валик.

II Выполнение процедуры:

- 1) Удалить все заколки, шпильки. Снять очки. Расчесать волосы пациенту.
- 2) Подстелить под голову и плечи пациента клеенку, конец которой опустить в емкость, стоящую на стуле; по краю клеенки, вокруг головы положить свернутое валиком полотенце или использовать надувную ванночку.
- 3) Глаза пациента закрыть полотенцем или пеленкой.
- 4) Наполнить кувшин водой и аккуратно смочить волосы пациента.
- 5) Нанести немного шампуня и обеими руками вымыть волосы, бережно массируя кожу головы пациента.
- 6) Налить в кувшин воду и смыть весь шампунь (если пациент просит, вымыть его волосы шампунем еще раз).
- 7) Развернуть чистое сухое полотенце, поднять голову пациента и вытереть его волосы насухо. Если ему холодно, обернуть голову полотенцем или косынкой.

III Окончание процедуры:

- 1) Клеенку, полотенце, валик, лежащие под головой положить в непромокаемый мешок.
- 2) При необходимости сменить простыню.
- 3) Расчесать волосы пациента. Предложить ему зеркало.
- 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 5) Уточнить у пациента его самочувствие.
- 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.

2. Алгоритм ухода за ногтями тяжелобольного.

I Подготовка к процедуре:

- 1) Наполнить емкость теплой водой, помочь пациенту вымыть руки с мылом. Подготовить необходимое оснащение.
- 2) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки.
- 4) Положить руки пациента на полотенце и вытереть их насухо.

II Выполнение процедуры:

- 1) Подстричь ножницами ногти пациента.
- 2) Нанести крем на руки пациента.
- 3) Положить полотенце в мешок для белья.

III Окончание процедуры:

- 1) Удобно расположить пациента в постели.
- 2) Ножницы поместить в емкость для дезинфекции.
- 3) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.
- 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 5) Уточнить у пациента его самочувствие.
- 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации

3. Алгоритм бритья тяжелобольного.

I Подготовка к процедуре:

- 1) Подготовить все необходимое для процедуры, закрыть окна, обеспечить пациенту условия конфиденциальности.
- 2) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки.

II Выполнение процедуры:

- 1) Нанести крем для бритья на кожу пациента. Пальцами одной руки натягивать кожу лица, другой осуществлять бритье прямыми движениями от подбородка к щекам.
- 2) Предложить пациенту воспользоваться лосьоном после бритья.
- 3) Предложить пациенту зеркало после процедуры.

III Окончание процедуры:

- 1) Поместить станок и помазок в емкость для дезинфекции, утилизировать одноразовый станок.

- 2) Удобно расположить пациента в постели.
- 3) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.
- 4) Вымыть руки и осушить их.
- 5) Уточнить у пациента его самочувствие.
- 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации

4. Алгоритм постановки горчичников.

I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Уточнить отсутствие аллергии на горчицу. В случае наличия аллергии и отсутствия согласия на процедуру уточнить дальнейшие действия у врача.
- 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 3) Надеть перчатки.
- 4) Осмотреть кожу пациента на предмет повреждений, гнойничков, сыпи для определения показаний к проведению процедуры.
- 5) 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.
- 6) Подготовить оснащение. Налить в лоток горячую (40° - 45°) воду.
- 7) Помочь пациенту лечь на живот (при постановке горчичников на спину) и принять удобную позу, голова пациента должна быть повернута на бок.

II Выполнение процедуры:

- 1) Погрузить горчичник в горячую воду, дать ей стечь.
 - 2) Плотно приложить горчичник к коже стороной, покрытой горчицей.
- Примечание - Области наложения горчичников представлены в приложении А, рисунок А.1.
- 3) Повторить действия, размещая нужное количество горчичников на коже.
 - 4) Укрыть пациента пеленкой, затем одеялом.
 - 5) Уточнить ощущения пациента и степень гиперемии через 3-5 мин.
 - 6) Оставить горчичники на 10-15 мин, учитывая индивидуальную чувствительность пациента к горчице.

III Окончание процедуры:

- 1) При появлении стойкой гиперемии (через 10-15 мин) снять горчичники и положить их в подготовленный лоток для использованных материалов с последующей их утилизацией.
- 2) Смочить салфетку в теплой воде и снять с кожи остатки горчицы.
- 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 мин и в этот день не принимал ванну или душ.
- 4) Снять перчатки.
- 5) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 6) Уточнить у пациента его самочувствие.
- 7) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации

5. Алгоритм постановки банок.

I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 2) Убедиться в целостности краев банок и разместить их в ящике, на столе у постели пациента.
- 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 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.

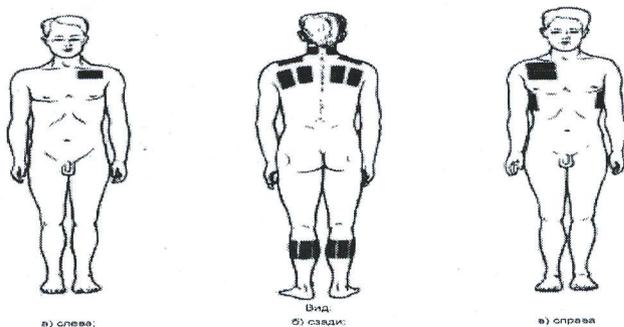
II Выполнение процедуры:

- 1) Нанести на кожу тонкий слой вазелина.
- 2) Сделать плотный фитиль из ваты и закрепить на корнцанге.
- 3) Смочить фитиль в спирте и отжать его. Флакон закрыть крышкой и отставить в сторону. Вытереть руки.
- 4) Зажечь фитиль
- 5) Ввести фитиль в банку, предварительно взятую в другую руку.
- 6) Удерживать фитиль в полости банки 2-3 с, извлечь его и быстрым движением приставить банку к коже больного.
- 7) Повторить этапы 5-6 необходимое, по числу банок, количество раз.
- 8) Потушить фитиль, погрузив его в воду.
- 9) Накрыть поверхность банок полотенцем или пеленкой, а сверху накрыть больного одеялом.
- 10) Через 3-5 мин 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.
- 11) Выдержать экспозицию 15-20 мин.
- 12) 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).
- 13) Салфеткой удалить с кожи пациента вазелин.

III Окончание процедуры:

- 1) Помочь пациенту одеться.
- 2) Банки вымыть теплой водой, продезинфицировать и уложить в ящик.
- 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 4) Уточнить у пациента его самочувствие.
- 5) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации

Области наложения горчичников



6. Алгоритм бритья кожи предоперационного или поврежденного участка.

I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 2) Обеспечить конфиденциальность процедуры (пригласить пациента в специально отведенное помещение или установить ширму).
- 3) Подготовить необходимое оснащение.
- 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 5) Помочь пациенту раздеться и принять необходимое положение (лежа на спине, животе, сидя на стуле). При необходимости подстелить под площадь обрабатываемой кожи клеенку.
- 6) Надеть нестерильные перчатки и клеенчатый фартук.
- 7) Оценить состояние кожных покровов в области операционного вмешательства или раневого участка (наличие повреждений, высыпаний, новообразований и признаков инфекции или инфицирования).
- 8) Определить границы бритья с учетом возможного расширения операционного доступа.

II Выполнение процедуры:

- 1) Обработать кожу пациента кожным антисептиком, разрешенным к применению.
- 2) Убедиться, что кожные покровы сухие.
- 3) Приступить непосредственно к бритью кожных покровов с использованием средства для бритья при необходимости: вести станок вниз, оттягивая кожу вверх, до полного удаления волосяного покрова (при бритье пораженного участка направление движения - от краев раны наружу, на рану положить стерильную салфетку, чтобы не попали волосы).
- 4) При загрязнении лезвия волосами удалить их салфеткой.
- 5) Обработать кожу после бритья кожным антисептиком.

III Окончание процедуры:

- 1) Поместить волосы в емкость для утилизации.
- 2) Поместить бритвенный станок, перчатки и другие использованные материалы в емкость для дезинфекции.
- 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 4) Уточнить у пациента его самочувствие.
- 5) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию

7. Алгоритм ухода за полостью рта больного в условиях реанимации и интенсивной терапии.

I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и его переносимость. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 3) Подготовить все необходимое оборудование.
- 4) Расположить пациента в одном из следующих положений.
- 5) На спине под углом более 45°, если это не противопоказано, или
- 6) Лежа на боку, или
- 7) Лежа на животе (или спине), повернув голову вбок.
- 8) Надеть перчатки.
- 9) Обернуть полотенце вокруг шеи пациента.

II Выполнение процедуры:

- 1) Приготовить мягкую зубную щетку (без зубной пасты) для чистки зубов. Смочить ее в приготовленном антисептическом растворе. При отсутствии зубной щетки можно использовать марлевую салфетку, закрепленную на зажиме или пинцете.
- 2) Произвести чистку зубов, начиная с задних зубов, и последовательно вычистить внутреннюю, верхнюю и наружную поверхность зубов, выполняя движения вверх-вниз в направлении от задних к передним зубам. Повторить те же действия с другой стороны рта. Процедура повторяется не менее двух раз. Использовать шпатель для обнажения зубов.
- 3) Сухими тампонами промокнуть ротовую полость пациента для удаления остатков жидкости и выделений из полости рта.
- 4) Попросить больного высунуть язык. Если он не может этого сделать, то необходимо обернуть язык стерильной марлевой салфеткой и левой рукой осторожно вытянуть его изо рта.
- 5) Салфеткой, смоченной в антисептическом растворе, протереть язык, снимая налет, в направлении от корня языка к его кончику. Отпустить язык, сменить салфетку.
- 6) Салфеткой, смоченной в антисептическом растворе, протереть внутреннюю поверхность щек, пространство под языком, десны пациента.
- 7) При сухости языка смазать его стерильным глицерином.
- 8) Обработать последовательно верхнюю и нижнюю губы тонким слоем вазелина (для профилактики трещин на губах).

III Завершение процедуры:

- 1) Убрать полотенце. Разместить пациента в удобном положении.
- 2) Собрать принадлежности по уходу и доставить в специальную комнату для дальнейшей обработки.
- 3) Снять перчатки, поместить их в контейнер для дезинфекции.
- 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

- 5) Уточнить у пациента его самочувствие.
- 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации

8. Алгоритм ухода за респираторным трактом в условиях искусственной вентиляции легких.

I Подготовка к процедуре:

- 1) Оценить уровень сознания пациента, состояние респираторной системы, основные показатели жизнедеятельности.
- 2) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры (если он в сознании). Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру (если он в сознании). В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 4) Выполнить процедуры, способствующие отделению мокроты у пациента (постуральный дренаж, вибрационный массаж грудной клетки).
- 5) Включить аппарат для аспирации (или электроотсос).
- 6) Отключить аварийную сигнализацию аппарата искусственной вентиляции легких.
- 7) Надеть защитную одежду (фартук, маску, очки).
- 8) Надеть стерильные перчатки.

II Выполнение процедуры:

- 1) Открыть упаковку со стерильным аспирационным катетером, освободить катетер от упаковки, смочить в стерильном физиологическом растворе и ввести его в носовую полость пациента.
- 2) Открыть контейнер для отсасывания, наполнить стерильным физиологическим раствором.
- 3) Присоединить стерильный катетер для отсасывания к соединяющей трубке электроотсоса.
- 4) Проверить уровень давления, приложив большой палец левой руки к датчику на выходном отверстии катетера.
- 5) Провести преоксигенацию 100%-ным кислородом в течение 2-3 мин.
- 6) Обработать стерильным марлевым тампоном, смоченным 70%-ным спиртом, место соединения интубационной трубки и катетера.
- 7) Отсоединить аппарат искусственной вентиляции легких от пациента. Следить за показателем насыщения организма кислородом.
- 8) Санация трахеи и бронхов:
 - а) Осторожно ввести стерильный катетер в эндотрахеальную или трахеостомическую трубку до упора при выключенном электроотсосе. При санации правого бронха голову поворачивать налево, при санации левого бронха - направо.
 - б) Включить электроотсос и осторожными вращательными движениями извлечь катетер из дыхательных путей, проводя отсасывание.
 - в) Следить за жизненными функциями. При снижении сатурации кислорода ниже 94%-90%, появлении брадикардии, нарушении ритма и других осложнений немедленно прекратить процедуру, провести вентиляцию 100%-ным кислородом, сообщить врачу.

- г) Опустить катетер в стерильный физиологический раствор и провести отсасывание для удаления сгустков и мокроты из катетера.
- д) Аспирацию повторять неоднократно до восстановления свободной проходимости дыхательных путей.
- 9) Уход за манжетой:
 - а) Проверить раздувание манжеты трубки путем сжатия между большим и указательным пальцами.
 - б) Выпустить воздух из манжеты при помощи шприца.
- 10) При необходимости перед аспирацией провести санацию верхних дыхательных путей:
 - а) Стерильными катетерами поочередно аспирировать содержимое носовых ходов.
 - б) Носовые ходы обработать стерильным физиологическим раствором.
 - в) Провести аспирацию из трахеи по вышеуказанной методике.
 - г) Раздуть манжету воздухом с помощью шприца до создания герметичности. Манипуляцию проводить каждые 2-4 ч.
 - д) Перед удалением воздуха из манжеты убедиться в отсутствии содержимого в носоглотке и ротоглотке.
 - е) Повторить аспирацию катетером содержимого ротовой полости до полного его удаления.
 - 11) Использованные инструменты, изделия медицинского назначения и расходные материалы поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.
 - 12) При наличии у пациента трахеостомы сделать перевязку трахеостомической раны (смена повязки проводится каждые 8 ч).

III Окончание процедуры:

- 1) Установить скорость подачи кислорода на уровень, предписанный до отсасывания.
- 2) Оценить состояние дыхательной системы и жизненные показатели.
- 3) Выключить аппарат для отсасывания.
- 4) Обернуть катетер для отсасывания вокруг руки в стерильной перчатке.
- 5) Отсоединить катетер для отсасывания от соединяющей трубки.
- 6) Снять перчатку, обернуть ее поверх катетера.
- 7) Поместить использованные материалы в емкость с дезинфицирующим раствором.
- 8) Проверить герметичность дыхательного контура, правильность нахождения трубки, наличие жидкости в увлажнителе дыхательного аппарата.
- 9) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 10) Включить аварийную сигнализацию аппарата искусственной вентиляции легких.
- 11) Уточнить у пациента его самочувствие (если он в сознании).
- 12) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации

9. Алгоритм ухода за назогастральным зондом, носовыми канюлями и катетером.

I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры, уточнить, испытывает ли он какой-либо дискомфорт от зонда (если пациент в сознании) и определить необходимость изменений.
- 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 3) Надеть перчатки.

II Выполнение процедуры:

- 1) Осмотреть место введения зонда на предмет признаков раздражения или сдавления.
- 2) Проверить месторасположение зонда: попросить пациента открыть рот, чтобы увидеть зонд в глотке.
- 3) Подсоединить шприц с 10-20 см³ (10 см³ для детей) воздуха к назогастральному зонду и ввести воздух, одновременно выслушивая звуки в области эпигастрия при помощи стетоскопа (булькающие звуки).
- 4) Очистить наружные носовые ходы увлажненными физиологическим раствором марлевыми салфетками. Нанести вазелин на слизистую оболочку, соприкасающуюся с зондом (исключение - манипуляции, связанные с оксигенотерапией)
- 5) Каждые 4 ч выполнять уход за полостью рта: увлажнять полость рта и губы.
- 6) Каждые 3 ч (по назначению врача) промывать зонд 20-30 мл физиологического раствора. Для этого подсоединить шприц, наполненный физиологическим раствором, к зонду, медленно и аккуратно ввести жидкость в зонд; аккуратно провести аспирацию жидкости, обратить внимание на ее внешний вид и вылить в отдельную емкость.

III Окончание процедуры:

- 1) Снять пластырь и наклеить заново, если он отклеился или сильно загрязнен.
- 2) Прозеинфицировать и утилизировать использованные материалы. Обработать мембрану фонендоскопа дезинфектантом или антисептиком.
- 3) Снять перчатки, поместить их в контейнер для дезинфекции
- 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 5) Уточнить у пациента его самочувствие (если он в сознании).
- 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации

10. Алгоритм ухода за сосудистым катетером (центральным) - смена повязки.

I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 2) Надеть маску и медицинскую шапочку.
- 3) Подготовить и доставить в палату манипуляционный столик, с размещенным на нем необходимым оснащением и поместить его вблизи от места проведения манипуляции.
- 4) Предложить пациенту занять или помочь ему занять удобное положение: лежа на спине, без подушек, голову отвернуть в противоположную сторону.
- 5) Освободить от одежды место установки катетера.
- 6) Обработать руки гигиеническим способом.
- 7) Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика.
- 8) Надеть стерильные перчатки.

II Выполнение процедуры:

- 1) Осмотреть место входа катетера в кожу сквозь неповрежденную повязку для выявления признаков воспаления - припухлость, болезненность.
Примечание - При наличии признаков воспаления организовать вызов врача.
- 2) Снять повязку, заворачивая ее параллельно коже (не тянуть вверх), медленно и желательнее по росту волос, для профилактики возникновения повреждений кожи вокруг места входа катетера в кожу. Положить снятую повязку в непромокаемый пакет/контейнер.
- 3) Снять использованные перчатки и положить в непромокаемый пакет/контейнер. Недопустимо обрабатывать перчатки антисептиком. Это нарушит их барьерные свойства.
- 4) Надеть стерильные перчатки.
- 5) Визуально убедиться, что катетер не смещен (по метке).
- 6) Обработать кожу вокруг катетера кожным антисептиком: стерильным марлевым шариком с помощью стерильного пинцета от центра к периферии.
- 7) Обработать все части (соединения), включая канюлю, и сам катетер антисептиком: стерильным марлевым шариком.
- 8) Положить на кожу вокруг катетера стерильную пленку.
- 9) Дождаться полного высыхания антисептика.
- 10) Наложить стерильную повязку и зафиксировать ее бактерицидным пластырем/стерильным пластырем или самоклеющейся стерильной повязкой.

Примечание - При использовании стерильной специальной прозрачной повязки наложить ее так, чтобы место входа катетера в кожу было в центре прозрачного окна (для обеспечения визуального контроля места входа катетера в кожу). Дополнительно закрепить линии катетера (при необходимости).

III Завершение процедуры:

- 1) Снять использованные перчатки, положить их в непромокаемый пакет/контейнер.
- 2) Использованный материал утилизировать в отходы класса Б.
- 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 4) Уточнить у пациента его самочувствие.
- 5) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.

11. Алгоритм выполнения ухода за сосудистым катетером (центральным/периферическим) - промывание катетера.

I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 2) Надеть маску и медицинскую шапочку.
- 3) Подготовить и доставить в палату манипуляционный столик, с размещенным на нем необходимым оснащением и поместить его вблизи от места проведения манипуляции.
- 4) Предложить пациенту занять или помочь ему занять удобное положение: лежа на спине, без подушек, голову отвернуть в противоположную сторону.
- 5) Освободить от одежды место установки катетера.
- 6) Обработать руки гигиеническим способом.
- 7) Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика.
- 8) Надеть стерильные перчатки.
- 9) Набрать в шприц объемом 10 см³ 5 мл раствора натрия хлорида 0,9%-ного. В случае постановки "гепаринового замка" при ЦВК дополнительно подготовить шприц объемом 10 см³ с гепаринизированным раствором (0,01 мл гепарина на 1 мл раствора натрия хлорида 0,9%-ного, т.е. 50 ЕД/1 мл) в объеме, равном внутреннему объему внутривенного катетера.

В педиатрии расчет дозы гепаринизированного раствора индивидуален.

При ПВК "гепариновый замок" без назначения врача не рекомендуется.

II Выполнение процедуры:

- 1) Закрыть линии ЦВК специальными зажимами, которые входят в комплект катетера. Если зажима нет, попросить пациента сделать выдох, задержать дыхание. Заглушки для ЦВК и ПВК стерильные и одноразовые. При закрытии катетера использовать новую стерильную заглушку.
- 2) Обработать разъем катетера стерильной салфеткой, смоченной в антисептике - 15 вращательных движений.
- 3) Если ранее в катетер был введен "гепариновый замок", то необходимо вытянуть его, присоединив шприц объемом 10 см³ с раствором натрия хлорида 0,9%-ным (5 мл) и потянув его на себя.
- 4) Для того чтобы убедиться, что проходимость катетера не нарушена, присоединить новый шприц объемом 10 см³ с раствором натрия хлорида 0,9%-ным (5 мл), открыть зажим и потянуть легко поршень на себя (появилась кровь), ввести содержимое шприца,

закрывать зажим. В случае затруднения прохождения раствора при нажатии на поршень организовать вызов врача.

5) Для постановки "гепаринового замка" соединить шприц объемом 10 см³ с гепаринизированным раствором с катетером, снять зажим и ввести гепаринизированный раствор в объеме, равном внутреннему объему просвета катетера (не более), закрыть зажим. Данный объем необходимо уточнить заблаговременно (объем каждого из просветов указан на упаковке ЦВК).

6) Обработать разъем катетера стерильной салфеткой, смоченной в антисептике - 15 вращательных движений.

7) Закрывать просвет катетера новой стерильной заглушкой, не прикасаясь к внутренней части заглушки и коннектора катетера.

III Завершение процедуры:

1) Снять использованные перчатки и положить в непромокаемый пакет/контейнер.

2) Доставить использованный материал в процедурный кабинет для дальнейшей дезинфекции и утилизации отходов класса Б.

3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

4) Уточнить у пациента его самочувствие.

5) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.

12. Алгоритм ухода за сосудистым катетером (периферическим) - смена повязки.

I Подготовка к процедуре:

1) Идентифицировать пациента, представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового, уточнить дальнейшие действия у врача.

2) Надеть маску и медицинскую шапочку.

3) Подготовить и доставить в палату манипуляционный столик, с размещенным на нем необходимым оснащением и поместить его вблизи от места проведения манипуляции.

4) Предложить пациенту занять или помочь ему занять удобное положение для получения оптимального доступа к месту установки периферического венозного катетера.

5) Освободить от одежды место установки катетера.

6) Обработать руки гигиеническим способом.

7) Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика.

8) Надеть стерильные перчатки.

II Выполнение процедуры:

1) Осмотреть место входа катетера в кожу сквозь неповрежденную повязку на предмет выявления признаков воспаления - припухлость, болезненность.

Примечание - При наличии признаков воспаления организовать вызов врача.

2) Снять повязку, заворачивая ее параллельно коже (не тянуть вверх), медленно и желательнее по росту волос, для профилактики возникновения повреждений кожи вокруг места входа катетера в кожу. Положить снятую повязку в непромокаемый пакет/контейнер.

3) Снять использованные перчатки и положить в непромокаемый пакет/контейнер.

Недопустимо обрабатывать перчатки антисептиком. Это нарушит их барьерные свойства.

4) Надеть стерильные перчатки.

5) Визуально убедиться, что катетер не смещен.

6) Обработать кожу вокруг катетера кожным антисептиком: стерильным марлевым

шариком, с помощью стерильного пинцета от центра к периферии.

7) Обработать все части (соединения), включая канюлю, и сам катетер антисептиком: стерильным марлевым шариком.

8) Дождаться полного высыхания антисептика.

9) Наложить стерильную повязку и зафиксировать ее бактерицидным пластырем/стерильным пластырем или самоклеющейся стерильной повязкой.

При использовании стерильной специальной прозрачной повязки наложить ее таким образом, чтобы место входа катетера в кожу было в центре прозрачного окна (для обеспечения визуального контроля места входа катетера в кожу). Дополнительно закрепить линии катетера (при необходимости).

III Завершение процедуры:

1) Снять использованные перчатки, положить их в непромокаемый пакет/контейнер.

2) Использованный материал утилизировать в отходы класса Б.

3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

4) Уточнить у пациента его самочувствие.

5) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации

13. Алгоритм пособия при гастростоме.

I Подготовка к процедуре:

1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры.

Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

2) Помочь пациенту занять высокое положение.

3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

4) Подготовить необходимое оборудование и оснащение, питательную смесь. Смесь должна быть подогрета до 38°C-40°C.

5) Надеть нестерильные перчатки.

II Выполнение процедуры:

1) Снять повязку и поместить в пакет или мешок для использованного материала.

2) Положить полотенце под наружную часть гастростомической трубки на эпигастральную область.

3) Провести визуальный осмотр наружной части гастростомической трубки и окружающей гастростоме кожи.

4) Присоединить шприц Жане к гастростомической трубке, снять зажим.

5) Проводить вливание смеси в назначенном режиме. После вливания питательной смеси или растворов, промыть трубку 30,0-50,0 мл кипяченой водой.

6) Закрыть зажимом гастростомическую трубку и отсоединить шприц.

7) Вымыть кожу пациента с мылом вокруг гастростомы, насухо промокнуть ее салфеткой.

8) Обработать перчатки антисептическим средством.

9) Проверить состояние кожи, ее цвет в области стомы и саму гастростому на предмет выявления отека вокруг трубки или появления свища и других изменений.

10) Наложить слой мази, пасты или защитного геля для кожи по назначению врача.

11) Наложить стерильную салфетку или одноразовую запатентованную липкую повязку-наклейку вокруг гастростомической трубки.

12) Прижать вокруг гастростомы повязку-наклейку, не допуская образования складок, через которые будут просачиваться выделения (желудочный сок) из гастростомы.

13) Аккуратно закрепить пластырем к коже пациента поверх повязки наружную часть гастростомической трубки

III Окончание процедуры:

- 1) Поместить использованный перевязочный материал в емкость для дезинфекции. Утилизировать.
- 2) Убрать полотенце и поместить его в мешок для использованного белья.
- 3) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.
- 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 5) Уточнить у пациента его самочувствие.
- 6) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации

14. Алгоритм ухода за назогастральным зондом.

I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры (если пациент в сознании). Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру (если пациент в сознании). В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 3) Надеть перчатки.

II Выполнение процедуры:

- 1) Осмотреть место введения зонда на предмет признаков раздражения или сдавления.
- 2) Проверить месторасположение зонда: попросить пациента открыть рот, чтобы увидеть зонд в глотке.
- 3) Подсоединить шприц с 10-20 см³ (10 см³ для детей) воздуха к назогастральному зонду и ввести воздух, одновременно выслушивая звуки в области эпигастрия при помощи стетоскопа (булькающие звуки).
- 4) Очистить наружные носовые ходы увлажненными физиологическим раствором марлевыми салфетками. Нанести вазелин на слизистую оболочку, соприкасающуюся с зондом (исключение - манипуляции, связанные с оксигенотерапией).
- 5) Каждые 4 ч выполнять уход за полостью рта: увлажнять полость рта и губы.
- 6) Каждые 3 ч (по назначению врача) промывать зонд 20-30 мл физиологического раствора. Для этого подсоединить шприц, наполненный физиологическим раствором, к зонду, медленно и аккуратно ввести жидкость в зонд; аккуратно провести аспирацию жидкости, обратить внимание на ее внешний вид и вылить в отдельную емкость.

III Окончание процедуры:

- 1) Снять пластырь и наклеить заново, если он отклеился или сильно загрязнен.
- 2) Продезинфицировать и утилизировать использованные материалы. Обработать мембрану фонендоскопа дезинфектантом или антисептиком.
- 3) Снять перчатки, поместить их в контейнер для дезинфекции.
- 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 5) Уточнить у пациента самочувствие (если пациент в сознании).

- 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации

15. Алгоритм пособия при илеостоме.

I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 2) Помочь пациенту занять высокое положение Фаулера или попросить его встать, обернуть его простыней или пеленкой ниже стомы для ограничения манипуляционного поля.
- 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 4) Подготовить все необходимое.
- 5) Надеть нестерильные перчатки.
- 6) Приготовить чистый калоприемник: на бумаге, которая сверху покрывает нижнюю, прилипающую к коже сторону, начертить окружность диаметром на 2-3 мм шире, чем стома; на нее положить клеящее вещество или липкий двусторонний диск, соответствующий типу калоприемника.
- 7) Подготовить защитное приспособление для кожи, с отверстием строго соответствующим по диаметру отверстию стомы.

II Выполнение процедуры:

- 1) Отсоединить и осторожно удалить старый калоприемник в полиэтиленовый пакет или ведро.
- 2) Вымыть кожу пациента водой с мягким (жидким) мылом, высушить марлевой салфеткой.
- 3) Проверить состояние кожи, ее цвет в области стомы и саму стому на предмет выявления отека или изъязвления.
- 4) Наложить окклюзионное защитное приспособление для кожи, если оно не применяется, обработать кожу защитным препаратом (например, паста Лассара, цинковая паста, стоматогезин). После его подсыхания повторите обработку.
- 5) Приложить и правильно центрировать чистый калоприемник прямо на кожу пациента или на адаптационное кольцо подальше от свежих разрезов в коже.
- 6) Прижать липучку вокруг стомы, не допуская образования складок, через которые будут просачиваться выделения из стомы.

7) Аккуратно расправить нижние края калоприемника, а на конце закрепить зажим.

III Окончание процедуры:

1) При необходимости использовать гипоаллергенный липкий пластырь, чтобы прикрепить края калоприемника к кожному барьерному приспособлению. Присоединить пояс к кромке калоприемника

2) Поместить старый калоприемник в пакет, снять пеленку, поместить ее в пакет.

3) Использованный материал и инструменты поместить в емкость для дезинфекции.

4) Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции.

5) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

б) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации

16. Алгоритм пособия при стомах толстого кишечника .

I. Подготовка к процедуре:

1) Уточнить у лечащего врача вид оборудования и необходимость изменения плана ухода за стомой.

2) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

3) Обеспечить возможность для соблюдения конфиденциальности: поставить ширму, помочь пациенту занять положение лежа.

4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

5) Подготовить необходимое оснащение и оборудование.

6) Обернуть пациента простыней или пеленкой ниже стомы для ограничения манипуляционного поля. Расположить зеркало нужным образом, чтобы создать видимость для пациента.

7) Приготовить чистый калоприемник: на верхней стороне бумаги, которая прилипает к коже, начертить окружность диаметром на 3-4 мм шире, чем стома (размер стомы 2,5-3,5 см).

8) Использовать специальный шаблон со стандартными отверстиями для подбора к размерам стомы. Наложить шаблон с вырезанным отверстием на защитное бумажное покрытие клеевого слоя калоприемника и, если оно не совпадает ни с одной из нанесенных линий, обвести карандашом или ручкой контур вырезанного отверстия. Вырезать отверстие в клеевом слое по нанесенному контуру, следя за тем, чтобы не прорезать калоприемник насквозь. При этом удобно пользоваться зеркалом. При стоме неправильной формы отверстие можно моделировать ножницами (удобно применять ножницы тупоконечные вертикально-изогнутые для избежания повреждения мешка).

9) Надеть нестерильные перчатки.

II Выполнение процедуры:

1) Отсоединить и осторожно удалить старый калоприемник (сам мешочек и кожный барьер), одноразовый мешок сбросить в полиэтиленовый пакет для мусора, оставить закрывающее устройство для повторного использования. При повторном использовании калоприемника опорожнить мешочек в судно, предварительно пережать нижнюю часть

мешочка зажимом, и измерить объем масс. Обмыть зажим и вытереть его туалетной бумагой. Нанести дезодорирующее средство на нижнюю часть мешочка. Снять калоприемник, начиная с верхнего края.

2) Обработать перчатки антисептическим раствором.

3) Аккуратно очистить область стомы и кожи вокруг нее водой с мягким (жидким) мылом, высушить ее марлевой салфеткой.

4) Проверить состояние кожи, ее цвет в области стомы и саму стому на наличие отека или других изменений (мацерации).

5) Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции.

6) Обработать руки антисептиком и надеть новые перчатки.

7) Обработать кожу (при нарушении ее целостности) защитным препаратом (цинковая мазь, стомагезин, паста Лассара или другим средством, применяемым в учреждении).

8) Снять защитное бумажное покрытие с нанесенной разметкой и, не торопясь, совместить нижний край вырезанного отверстия с нижней границей стомы.

9) Приложить и правильно центрировать чистый калоприемник прямо на кожу пациента или на кольцо калоприемника (при использовании многоразового) подальше от свежих разрезов в коже.

10) Приклеить, начиная с нижнего края пластины, калоприемник к коже в течение 1-2 мин, прижимая рукой край отверстия, прилежащий к стоме, не допуская образования складок, через которые будут просачиваться выделения из стомы.

11) Аккуратно расправить нижние края калоприемника (при применении многоразового).

12) При использовании многоразового калоприемника прикрепить края калоприемника к кожному барьерному приспособлению пластырем. Присоединить пояс к кромке калоприемника.

III Окончание процедуры:

1) Снять перчатки. Продезинфицировать и утилизировать использованный материал.

2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

3) Уточнить у пациента его самочувствие.

4) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.

17. Алгоритм промывания колостомы.

I Подготовка процедуры:

- 1) Уточнить у лечащего врача вид оборудования и необходимость изменения плана ухода за стомой.
- 2) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 3) Обеспечить возможность для соблюдения конфиденциальности, если процедура проходит в положении лежа.
- 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 5) Надеть нестерильные перчатки.
- 6) Налить в ирригационный контейнер 500-1000 мл теплой воды.
- 7) Повесить контейнер на штатив для внутривенных вливаний и заполнить систему водой.
- 8) Помочь пациенту сесть на стул (лицом к унитазу) или лечь набок на кровати и подложить судно.
- 9) Отсоединить и поместить использованный калоприемник в мешок.
- 10) Вымыть кожу в области колостомы, как при замене калоприемника.
- 11) Обработать перчатки антисептическим раствором.

II Выполнение процедуры:

- 1) Наложить ирригационный рукав поверх стомы.
- 2) Смазать вазелиновым маслом катетер.
- 3) Осторожно ввести катетер в стому на глубину 5-10 см.
- 4) Расположить нижний край рукава в унитаз или судно.
- 5) Включить систему и удерживать ирригационный конец.
- 6) Проводить вливание в течение 10-15 мин.
- 7) Задержать ток воды, если пациент почувствует схваткообразные боли или случится обратный заброс жидкости, закрыть систему и дать отдых.
- 8) Вытереть нижний край рукава туалетной бумагой и перекрыть или перегнуть его

верхнюю часть, пока пациент сидит.

- 9) Промыть рукав водой, обсушить его конец и закрыть его.
- 10) Попросить пациента походить 35-40 мин.
- 11) Удалить рукав и катетер, поместить их в емкость для дезинфекции.
- 12) Обмыть кожу пациента вокруг стомы.
- 13) Закрепить новый калоприемник.

III Окончание процедуры:

- 1) Снять перчатки. Проздезинфицировать и утилизировать использованный материал.
- 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 3) Уточнить у пациента его самочувствие.
- 4) Сделать запись о результатах выполнения в медицинской документации.

18. Алгоритм бужирования стомы.

I Подготовка процедуры:

- 1) Уточнить у лечащего врача вид оборудования и необходимость изменения плана ухода за стомой.
- 2) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 3) Обеспечить возможность для соблюдения конфиденциальности, если процедура проходит в положении лежа.
- 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 5) Надеть стерильные перчатки.

II Выполнение процедуры:

- 1) Смазать указательный палец стерильным вазелиновым маслом.
- 2) Ввести осторожно палец в стому, повторяя движения: вперед и назад.
- 3) Обработать кожу вокруг стомы.
- 4) Закрепить новый калоприемник.

III Окончание процедуры:

- 1) Снять перчатки. Проздезинфицировать и утилизировать использованный материал.
- 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 3) Уточнить у пациента его самочувствие.
- 4) Сделать запись о результатах выполнения в медицинской документации

19. Алгоритм выполнения процедуры при дефекации тяжелого больного.

I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 2) Отгородить пациента ширмой (при необходимости).
- 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 4) Надеть нестерильные перчатки.
- 5) Ополоснуть судно и оставить в нем немного теплой воды. Убедиться, что поверхность судна, соприкасающаяся с кожей, сухая.
- 6) Опустить изголовье кровати до горизонтального уровня.

II Выполнение процедуры:

- 1) Подойти с помощником с разных сторон кровати: медицинская сестра помогает пациенту слегка повернуться на бок, лицом к себе, придерживая его рукой за плечи и таз, или приподнимает таз пациента (в зависимости от состояния пациента), помощник (вторая медсестра/младший медицинский персонал/родственник пациента) - подкладывает и расправляет клеенку под ягодицами пациента.
- 2) Под ягодицы пациента подвести судно и помочь ему повернуться на спину так, чтобы его промежность оказалась на судне.
- 3) Поднять изголовье кровати так, чтобы пациент оказался в полусидящем положении (положение Фаулера), так как в положении "на спине" многие испытывают трудности при физиологических отправлениях.
- 4) Снять перчатки, положить их в емкость для дезинфекции.
- 5) Каждые пять минут проверять, все ли в порядке у пациента.
- 6) После окончания дефекации надеть новые перчатки.
- 7) Опустить изголовье кровати.

- 8) Медицинская сестра помогает пациенту слегка повернуться на бок, лицом к себе, придерживая его рукой за плечи и таз, или приподнимает таз пациента (в зависимости от состояния пациента), помощник (вторая медсестра/младший медицинский персонал/родственник пациента) убирает судно, вытирает область анального отверстия туалетной бумагой (если пациент не может сделать самостоятельно).
- 9) Помощник ставит чистое судно, помогает пациенту повернуться на спину так, чтобы промежность его оказалась на судне. Подмыть пациента и тщательно осушить промежность.
- 10) Убрать судно и клеенку.

III Окончание процедуры:

- 1) Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции. Продезинфицировать и утилизировать использованный материал.
- 2) Обеспечить пациенту возможность вымыть руки или протереть их антисептическим раствором.
- 3) Укрыть пациента одеялом, придать ему удобное положение.
- 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 5) Уточнить у пациента его самочувствие.
- 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации

20. Алгоритм постановки очистительной клизмы.

I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 3) Надеть фартук и перчатки.
- 4) Собрать систему, подсоединить к ней наконечник, закрыть систему зажимом.
- 5) Налить в кружку Эсмарха рекомендуемый объем воды определенной температуры.
- 6) Заполнить систему водой.
- 7) Подвесить кружку Эсмарха на подставку высотой 75-100 см, открыть вентиль, слить немного воды через наконечник, вентиль закрыть.
- 8) Смазать наконечник вазелином.

II Выполнение процедуры:

- 1) Уложить пациента на левый бок на кушетку, покрытую клеенкой, свисающей в таз. Ноги пациента должны быть согнуты в коленях и слегка подведены к животу.
- 2) Выпустить воздух из системы.
- 3) Развести одной рукой ягодицы пациента.
- 4) Ввести другой рукой наконечник в прямую кишку, проводя первые 3-4 см по направлению к пупку.
- 5) Открыть вентиль (зажим) и отрегулировать поступление жидкости в кишечник.
- 6) Попросить пациента расслабиться и медленно подышать животом.
- 7) Закрыть вентиль после введения жидкости и осторожно извлечь наконечник.

III Окончание процедуры:

- 1) Предложить пациенту задержать воду в кишечнике на 5-10 мин.

- 2) Проводить пациента в туалетную комнату.
- 3) Разобрать систему, наконечник, кружку Эсмарха и клеенку подвергнуть дезинфекции.
- 4) При необходимости подмыть пациента.
- 5) Снять перчатки, опустить их в емкость для дезинфекции.
- 6) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 7) Уточнить у пациента его самочувствие.
- 8) Сделать соответствующую запись о результатах процедуры в медицинской документации

21. Алгоритм выполнения удаления копролита.

I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. Предупредить, что проведение процедуры может вызвать определенный дискомфорт. Отгородить пациента ширмой.
- 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 3) Помочь занять удобное положение на боку (как ему удобно) с согнутыми коленями.
- 4) Укрыть пациента таким образом, чтобы были открыты только ягодицы.
- 5) Положить пеленку под ягодицы, а подкладное судно - рядом на кровать.
- 6) Надеть перчатки: одну на вспомогательную руку, две - на рабочую руку.
- 7) Густо смазать два пальца рабочей руки в перчатке.

II Выполнение процедуры:

- 1) Аккуратно развести в стороны ягодицы пациента при помощи вспомогательной руки.
- 2) Попросить пациента медленно и глубоко дышать через рот.
- 3) Ввести указательный палец в прямую кишку (по направлению к пупку) до тех пор, пока не прощупаются фекальные массы.
- 4) Аккуратно извлечь затвердевший стул, разделив его на фрагменты, до полного удаления копролита; по мере удаления помещать копролит в подкладное судно.
- 5) По мере удаления копролита необходимо следить за реакцией пациента; при подозрении на возникновение отрицательных реакций или неестественного дискомфорта процедуру удаления копролита прекратить.

III Окончание процедуры:

- 1) Извлечь палец, снять верхние перчатки, вытереть излишки смазки из области промежности салфеткой, затем отпустить ягодицы, укрыть пациента простыней.

- 2) Опорожнить подкладное судно, поместить перчатки в емкость для дезинфекции. Вымыть руки с использованием мыла или антисептика.
- 3) Надеть новую пару перчаток.
- 4) Подмыть пациента.
- 5) Помочь пациенту удобно лечь.
- 6) Положить подкладное судно в пределах досягаемости.
- 7) Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции.
- 8) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 9) Уточнить у пациента его самочувствие.
- 10) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации

22. Алгоритм спринцевания влагалища.

I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 3) В кружку Эсмарха налить назначенный раствор в количестве 1,5-2 л, подогретый до 35°C-37°C (или 38°C-39°C по назначению врача).
- 4) Присоединить к трубке стерильный влагалищный наконечник.
- 5) Заполнить систему и перекрыть его зажимом (краном).
- 6) Повесить кружку на штатив высотой 70-100 см над поверхностью гинекологического кресла.
- 7) Надеть одноразовые (нестерильные) перчатки.

II Выполнение процедуры:

- 1) Положить на кресло клеенку, пеленку.
- 2) Помочь расположиться пациентке в гинекологическом кресле.
- 3) Подставить емкость для сбора воды на подставку гинекологического кресла.
- 4) Одной рукой взять наконечник, другой рукой снять зажим с кружки Эсмарха и обмыть наружные половые органы раствором при помощи стерильного шарика, зажатого в корнцанг.
- 5) Перекрыть поступление воды с помощью зажима (крана).
- 6)левой рукой развести половые губы.
- 7) Ввести наконечник во влагалище до свода.
- 8) Снять зажим (открыть кран). Предоставить раствору возможность свободно вытекать из кружки через наконечник во влагалище и свободно вытекать в подставленную емкость для воды.

III Окончание процедуры:

- 1) Извлечь наконечник по окончании процедуры и поместить его в емкость для дезинфекции.
- 2) Осушить преддверие влагалища сухим ватным шариком.
- 3) Выдать пациентке стерильную подкладную пеленку для адсорбции выделяющейся влаги.
- 4) Утилизировать расходный материал, предварительно его продезинфицировав.
- 5) Снять и поместить перчатки в емкость для дезинфекции.
- 6) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 7) Уточнить у пациентки ее самочувствие.
- 8) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации

23. Алгоритм выполнения простой медицинской услуги при мочеиспускании тяжелого больного.

I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 2) Отгородить пациента ширмой (при необходимости).
- 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить, надеть перчатки.
- 4) Ополоснуть судно и оставить в нем немного теплой воды. Убедиться, что поверхность судна, соприкасающаяся с кожей, сухая.
- 5) Опустить изголовье кровати до горизонтального уровня.

II Выполнение процедуры:

- 1) Встать с обеих сторон кровати: медицинский работник помогает пациентке слегка повернуться набок, лицом к ней, придерживает рукой за плечи и таз; помощник (вторая медсестра/младший медицинский персонал/родственник пациента) подкладывает и расправляет клеенку под ягодицами.
- 2) Под ягодицы пациентки подвести судно и помочь ей повернуться на спину так, чтобы ее промежность оказалась на судне.
Для пациента мужчины поставить мочеприемник между ногами и опустить в него половой член (если пациент не может этого сделать самостоятельно).
- 3) Медицинский работник поворачивает пациента на бок и придерживает ее за плечи и таз; помощник - убирает судно (мочеприемник у мужчины) и укрывает спину пациента.
- 4) Подмыть его (ее). Тщательно осушить промежность.
- 5) Убрать клеенку.
- 6) Осмотреть выделенную мочу, измерить ее количество.

III Окончание процедуры:

- 1) Поместить в емкость для дезинфекции использованный материал и оснащение.

- 2) Снять перчатки и поместить их в емкость для использованного материала.
- 3) Обеспечить пациенту возможность вымыть руки или протереть их антисептическим раствором.
- 4) Укрыть пациента одеялом, придать ему удобное положение.
- 5) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 6) Уточнить у пациента его самочувствие.
- 7) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации

24. Алгоритм ухода за постоянным мочевым катетером.

I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 2) Обеспечить конфиденциальность процедуры.
- 3) Опустить изголовье кровати.
- 4) Помочь пациенту занять положение на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами, предварительно положив под ягодицы пациента (пациентки) адсорбирующую пеленку.
- 5) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 6) Надеть перчатки.

II Выполнение процедуры:

- 1) Вымыть промежность водой с жидким мылом и просушить полотенцем.
- 2) Вымыть марлевой салфеткой, а затем высушить проксимальный участок катетера на расстоянии 10 см.
- 3) Осмотреть область уретры вокруг катетера: убедиться, что моча не подтекает.
- 4) Осмотреть кожу промежности, идентифицируя признаки инфекции (гиперемия, отечность, мацерация кожи, гнойное отделяемое).
- 5) Убедиться, что трубка катетера приклеена пластырем к бедру и не натянута.
- 6) Убедиться, что дренажный мешок прикреплен к кровати ниже ее плоскости.
- 7) Снять с кровати пеленку (клеенку с пеленкой) и поместить ее в емкость для дезинфекции.

III Окончание процедуры:

- 1) Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал.
- 2) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.

- 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 4) Уточнить у пациента его самочувствие.
- 5) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.

25.Алгоритм ухода за внешним мочевым катетером.

I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 2) Обеспечить конфиденциальность процедуры.
- 3) Опустить изголовье кровати.
- 4) Помочь пациенту расположиться в полулежачем положении или на спине, положив предварительно под ягодицы пациента (пациентки) адсорбирующую пеленку.
- 5) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 6) Надеть перчатки.

II Выполнение процедуры:

- 1) Положить емкость для сбора выделяемой мочи на кровать так, чтобы канюля лежала на кровати, свисала петлей с матраса и прикреплялась к самой кровати.
- 2) Вымыть и осушить половой член пациента.
- 3) Использованный материал поместить в емкость для дезинфекции.
- 4) Взять половой член одной рукой, другой рукой надеть катетер типа "кондом" на половой член, раскатывая вверх и оставляя 2,5-5 см открытого пространства до дистального конца полового члена для прикрепления к системе дренирования.
- 5) Придерживая катетер "кондом" одной рукой, надеть застежку-"липучку" или резинку на верхнюю часть резинового катетера, но не на сам половой член, так, чтобы она прилегала плотно, но не туго.
- 6) Присоединить конец катетера к дренирующей трубке
- 7) Расположить дренирующую трубку так, чтобы она была свободной, не натягивая ее.
- 8) Проверять безопасность, надежность расположения катетера на половом члене каждые 4 ч.
- 9) Снимать катетер типа "кондом" на полчаса во время ежедневной ванны или каждые 24 ч.

III Окончание процедуры:

- 1) Удобно расположить пациента. Поднять боковые поручни.
- 2) Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал.
- 3) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.
- 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 5) Уточнить у пациента его самочувствие.
- 6) Сделать запись о результатах выполнения в медицинской документации

26. Алгоритм перемещения тяжелобольного в постели.

I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 3) Надеть перчатки.
- 4) Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляций.

II Выполнение процедуры:

- a) Перемещение пациента к изголовью кровати на невысокой кровати (выполняют два человека)
 - 1) Помочь пациенту сесть: одна медицинская сестра поддерживает пациента, другая - может подложить подушку.
 - 2) Встать с обеих сторон кровати, лицом друг к другу, близко к кровати и немного сзади пациента так, чтобы плечи были вровень со спиной пациента.
 - 3) Положить на край кровати пеленку.
 - 4) Встать коленом, которое ближе к пациенту, на кровать, расположив голень на пеленке вдоль края кровати и придвинув голень как можно ближе к пациенту. Нога, стоящая на полу, является точкой опоры при поднятии пациента.
 - 5) Подвести плечо, находящееся ближе к пациенту, в подмышечную впадину и к туловищу пациента. Кисть этой руки подводится под бедра пациента. Пациент кладет свои руки на спину медицинским сестрам. В том случае, если невозможно подвести плечо к подмышечной области пациента или пациент не может положить руку медицинской сестре на спину, необходимо расположить руку между туловищем и плечом пациента. Кисть этой руки располагается под бедрами пациента.
 - 6) Упереться рукой, расположенной ближе к изголовью, в кровать сзади пациента (локоть согнут). Другой рукой, расположенной под бедрами пациента, ближе к ягодицам,

медицинские сестры берут друг друга за запястье.

7) Приподнять пациента, переместить его на небольшое расстояние и опустить его на постель, сгибая ногу, расположенную ближе к изголовью и руку, обеспечивающую опору. Повторять перемещение до расположения пациента в заданном месте. б) Перемещение пациента к изголовью кровати (выполняется одной медицинской сестрой)

1) Убрать подушку из-под головы пациента и положить ее рядом. Опустить изголовье кровати. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально.

2) Встать лицом к ножному концу кровати под углом 45°. Расставить ноги на ширину 30 см. Ногу, находящуюся ближе к изголовью, отставить немного назад. Согнуть ноги в коленях (руки медицинской сестры должны находиться на уровне ног пациента).

3) Переместить центр тяжести на ногу, отставленную назад.

4) Передвинуть ноги пациента по диагонали к изголовью кровати.

5) Переместиться параллельно верхней части туловища пациента, согнуть ноги в коленях так, чтобы руки находись на уровне туловища пациента.

6) Подвести под шею пациента руку, находящуюся ближе к изголовью, и снизу обхватить и поддерживать ею его плечо.

7) Подвести другую руку под верхнюю часть спины пациента.

8) Передвинуть голову и верхнюю часть туловища пациента по диагонали к изголовью кровати.

9) Переходить с одной стороны кровати на другую, повторяя действия, пока тело пациента не достигнет в постели желаемой высоты.

10) Переместить пациента на середину постели, точно так же поочередно передвигая три части его тела.

11) Поднять голову и плечи пациента и подложить подушку.

в) Перемещение пациента к изголовью кровати с помощью простыни (выполняется одной медицинской сестрой)

1) Вытащить края простыни из-под матраса со всех сторон.

2) Убрать подушку из-под головы пациента и положить ее рядом. Опустить изголовье кровати. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально.

3) Встать у изголовья кровати, расставив ноги на ширину 30 см и поставить одну ногу немного впереди другой.

4) Скатать простыню около головы и плеч пациента. Попросить пациента согнуть колени (если он может это сделать) и прижать стопы к матрасу, чтобы быть в состоянии помочь.

5) Взяться за скатанные края простыни с обеих сторон от головы пациента двумя руками ладонями вверх.

6) Согнуть свои ноги в коленях, чтобы спина оставалась ровной.

7) Предупредить пациента, чтобы он был готов к перемещению.

8) Предупредив пациента, отклонить корпус назад и подтянуть пациента к изголовью кровати.

9) Положить подушку под голову пациента, расправить простыню.

г) Перемещение пациента к краю кровати (выполняется одной медицинской сестрой, пациент может помочь)

1) Убрать подушку из-под головы пациента и положить ее рядом. Опустить изголовье кровати. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально.

2) Встать у изголовья кровати, расставив ноги на ширину 30 см и поставить одну ногу немного впереди другой. Согнуть колени.

3) Попросить пациента скрестить руки на груди, обхватив себя за локти.

4) Подложить одну руку под шею и плечи пациента, а вторую - под верхнюю часть его спины.

5) Отклонить корпус назад и подтянуть на себя верхнюю часть его спины.

6) Поменять положение рук: одну руку подложить под талию, другую - под бедра пациента.

7) Также отклонить корпус назад и потянуть на себя нижнюю часть туловища пациента.

8) Подложить руки под голени и стопы пациента и придвинуть их к себе.

9) Приподнять голову пациента и подложить под нее подушку.

III Окончание процедуры:

- 1) Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни кровати.
- 2) Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положить предметы, часто необходимые пациенту, на столик.
- 3) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.
- 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 5) Уточнить у пациента его самочувствие.
- 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации

27. Алгоритм размещения тяжелобольного в постели.

I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 3) Надеть перчатки.
- 4) Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляций.

II Выполнение процедуры:

- а) Размещение пациента лежа на спине (выполняется одним медицинским работником)
 - 1) Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит посередине кровати.
 - 2) Придать пациенту правильное положение: положить подушку под голову (или поправить оставшуюся), расположить руки вдоль туловища ладонями вниз, расположить нижние конечности на одной линии с тазобедренными суставами.
 - 3) Подложить небольшую подушку под верхнюю часть плеч и шею.
 - 4) Подложить под поясницу небольшое, свернутое валиком полотенце.
 - 5) Подложить валики из скатанной в рулон простыни вдоль наружной поверхности бедер, начиная от области большого вертела бедренной кости.
 - 6) Подложить небольшую подушку или валик под голень в области ее нижней трети.
 - 7) Обеспечить упор для поддержания стоп под углом 90°.
 - 8) Положить под предплечья небольшие подушки
- б) Размещение пациента с гемиплегией в положение на спине (выполняется одним медицинским работником)
 - 1) Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит посередине кровати.
 - 2) Под парализованное плечо положить сложенное полотенце или подушку.
 - 3) Отодвинуть парализованную руку от туловища, разогнув ее в локте и повернув

ладонью вверх. Вместо этого можно также отвести парализованную руку от туловища, поднять ее, согнув в локте и положив кисть ближе к изголовью кровати.

4) Расслабленной кисти придать обычное положение: кисть слегка разогнута ладонью вниз, ее свод сохраняется, пальцы частично согнуты. Можно также положить кисть на половинку разрезанного пополам резинового мячика.

5) Спастической кисти придать нормальное положение: если кисть расположена ладонью вниз, пальцы слегка разогнуть; если ладонь обращена вверх, пальцы лежат свободно.

6) Под парализованное бедро положить небольшую подушку.

7) Согнуть колено парализованной конечности под углом 30° и положить его на подушку.

8) Обеспечить упор для стоп под углом 90° .

в) Размещение пациента в положение Фаулера (выполняется одним медицинским работником)

1) Убедиться, что пациент лежит на спине посередине кровати, убрать подушки.

2) Поднять изголовье кровати под углом 45° - 60° (или подложить три подушки): человек, прямо сидящий на кровати, находится в положении Фаулера.

3) Подложить подушки или сложенное одеяло под голени пациента.

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

5) Подложить под предплечья и кисти подушку (если пациент не может самостоятельно двигать руками). Предплечья и запястья должны быть приподняты и расположены ладонями вниз.

6) Подложить пациенту под поясницу подушку.

7) Подложить небольшую подушку или валик под колени пациента.

8) Подложить небольшую подушку пациенту под пятки.

9) Обеспечить упор для стоп под углом 90° .

г) Размещение пациента с гемиплегией в положение Фаулера

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

2) Усадить пациента как можно выше. Подложить под голову небольшую подушку (в том случае, если поднималось изголовье).

3) Слегка приподнять вверх подбородок пациента.

4) На прикроватном столике перед пациентом обеспечить опору для парализованной кисти и предплечья; отодвинуть плечо пациента от его тела и подложить под локоть подушку.

5) Расслабленной кисти придать обычное положение: кисть слегка разогнута ладонью вниз, ее свод сохраняется, пальцы частично согнуты. Можно также положить кисть на половинку разрезанного пополам резинового мячика.

6) Спастической кисти придать нормальное положение: если кисть расположена ладонью вниз, пальцы слегка разогнуть; если ладонь обращена вверх, пальцы лежат свободно.

7) Согнуть пациенту ноги в коленях и бедрах, подложив под колени подушку или сложенное одеяло.

8) Обеспечить упор для стоп под углом 90° .

д) Размещение пациента в положение на боку (выполняется одним медицинским работником, пациент может помочь)

1) Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально.

2) Передвинуть пациента ближе к одному краю, противоположному стороне поворота.

3) Сказать пациенту, что он может помочь, если скрестит руки на груди. Если пациента переворачивают на правый бок: он должен положить левую ногу на правую. Или согнуть левую ногу пациента: одна рука охватывает нижнюю треть голени, другая - в подколенной впадине; левая стопа при этом должна оказаться в подколенной ямке.

4) Встать с той стороны кровати, куда будут поворачивать пациента. Положить протектор на кровать рядом с ним. Встать как можно ближе к кровати, согнуть одну ногу в колене и поставить ее на протектор. Вторая нога является опорой.

5) Положить одну руку на плечо, которое находится дальше от медицинской сестры, вторую руку - на дальнее бедро, т.е. если пациент будет поворачиваться на правый бок по

направлению к медицинской сестре, положить левую руку на его левое плечо, а правую - на его левое бедро.

6) Повернуть пациента на бок, перенеся свой вес на ногу, стоящую на полу.

7) Подложить подушку под голову и шею пациента. Выдвинуть вперед "нижнее" плечо пациента, чтобы он не лежал на своей руке.

8) Придать обеим рукам пациента слегка согнутое положение. Рука, находящаяся сверху, лежит на подушке на уровне плеча.

9) Подложить пациенту под спину сложенную подушку (подушку сложить по длине и слегка подсунуть ее ровной поверхностью под спину пациента).

10) Под согнутую "верхнюю" ногу пациента, лежащую немного впереди нижней, поместить подушку (от паховой области до стопы).

11) Поместить мешок с песком у подошвы "нижней" ноги. Распрямить подкладную пеленку.

е) Размещение пациента в положение лежа на животе (выполняется одним или двумя медицинскими работниками, пациент не может помочь)

1) Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально.

2) Аккуратно приподнять голову пациента, убрать обычную и положить маленькую подушку.

3) Переместить пациента к краю кровати.

4) Разогнуть руку пациента в локтевом суставе, прижать ее к туловищу по всей длине, подложив кисть под бедро, или поднять ее вверх и вытянуть ее вдоль головы.

5) Перейти на другую сторону кровати.

6) Встать коленом на кровать. Подложить свернутое одеяло или небольшую подушку под верхнюю часть живота пациента. Положить руку на дальнее от медицинской сестры плечо пациента, а другую руку - на дальнее бедро.

7) Перевернуть пациента на живот, в сторону медицинской сестры. Голова пациента должна быть повернута набок.

8) Подложить подушку под голени, чтобы пальцы не касались постели.

9) Согнуть руку, к которой обращена голова пациента, в локтевом суставе под углом 90° , другую руку вытянуть вдоль туловища.

10) Подложить подушки под локти, предплечья и кисти.

11) Положить небольшие валики рядом со стопами (с наружной стороны).

12) Распрямить простыню и подкладную пеленку.

ж) Размещение пациента с гемиплегией в положение на животе (выполняется одним или двумя медицинскими работниками, пациент не может помочь)

1) Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение.

2) Передвинуть пациента к краю кровати в направлении непарализованной стороны тела.

3) Перейти на другую сторону. Поставить колено на край кровати и повернуть пациента на бок (на непарализованную боковую поверхность тела).

4) Поместить подушку под живот пациента.

5) Выпрямить локоть парализованной руки, прижать ее по всей длине к туловищу и подсунуть кисть под бедро или поднять вверх параллельно туловищу.

6) Осторожно повернуть пациента через парализованную руку на живот.

7) Повернуть голову пациента набок (в сторону парализованной половины тела).

8) Согнутую в локте руку отвести в сторону кистью к изголовью кровати; пальцы руки по возможности разогнуть.

9) Слегка согнуть оба колена пациента и подложить подушку под обе ноги (от колен до лодыжек).

10) С помощью достаточно высокой подушки приподнять пальцы стоп над матрасом, так чтобы угол между стопой и голенью составлял 90° .

и) Размещение пациента в положение Симса (положение, промежуточное между положением на животе и на боку)

1) Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение.

- 2) Положить пациента на спину.
- 3) Переместить пациента к краю кровати.
- 4) Переместить пациента в положение лежа на боку и частично на животе.
- 5) Положить подушку под голову пациента.
- 6) Под согнутую, находящуюся сверху руку поместить подушку на уровне плеча. Другую руку пациента положить на простыню.
- 7) Под согнутую "верхнюю" ногу подложить подушку так, чтобы нога оказалась на уровне бедра.
- 8) У подошвы ноги положить мешок с песком.

III Окончание процедуры:

- 1) Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни кровати.
- 2) Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положить предметы, часто необходимые пациенту, на столик.
- 3) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.
- 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 5) Уточнить у пациента его состояние.
- 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации

28. Алгоритм транспортировки тяжелобольного внутри учреждения на каталке (носилках).

I Подготовка к транспортировке:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить, как себя вести при транспортировке (если пациент без сознания - информация предоставляется доверенному лицу пациента).
- 2) Сообщить в соответствующее отделение факт транспортировки пациента, его состояние, уточнить номер палаты для пациента, приготовить его историю болезни.
- 3) Определить готовность к транспортировке каталки, ее техническое состояние.
- 4) Постелить на каталку простыню, положить подушку, клеенку с пленкой (при необходимости).

II Выполнение транспортировки:

- а) Перемещение пациента на каталку (должно осуществляться тремя медицинскими работниками)
 - 1) Поставить каталку ножной частью под углом к изголовью кровати или другим способом, более удобным в данной ситуации. Отрегулировать высоту каталки по высоте кровати.
 - 2) Приподнять пациента - один медицинский работник подводит руки под голову и лопатки пациента, второй - под таз и верхнюю часть бедер, третий - под середину бедер и голени.
 - 3) Одновременно поднять пациента, вместе с ним повернуться в сторону каталки, уложить пациента на каталку. Положить руки пациента ему на грудь или живот.
 - 4) Укрыть пациента одеялом.
- б) Осуществление транспортировки на каталке
 - 1) Встать у каталки - один медицинский работник спереди носилок, другой - сзади, лицом к пациенту. В таком положении осуществить транспортировку внутри учреждения.
 - 2) Во время транспортировки осуществляется непрерывное наблюдение за состоянием

пациента.

в) Осуществление транспортировки на носилках

- 1) Встать у носилок - два медицинских работника спереди каталки, два - сзади, лицом к пациенту. В таком положении осуществить транспортировку внутри учреждения.
- 2) Передвижение персонала при этом должно осуществляться не в ногу, а короткими шагами, слегка сгибая ноги в коленях, удерживая носилки.
- 3) Вниз по лестнице пациента необходимо нести ножным концом носилок вперед в горизонтальном положении. Вверх по лестнице пациента необходимо нести головным концом носилок вперед также в горизонтальном положении.
- 4) Во время транспортировки осуществляют непрерывное наблюдение за состоянием пациента.

III Окончание транспортировки:

- 1) Поставить каталку так, как позволяет площадь палаты.
- 2) Снять с кровати одеяло, раскрыть пациента и доступным способом переложить его на кровать (на руках или на простыне).
- 3) Укрыть пациента и убедиться, что он чувствует себя комфортно (если пациент в сознании).
- 4) Уточнить у пациента его самочувствие. Передать историю болезни дежурной палатной медицинской сестре. Дежурная медицинская сестра обязана срочно доложить о поступлении тяжелобольного пациента дежурному или лечащему врачу

29. Алгоритм транспортировки тяжелобольного внутри учреждения на функциональном кресле-каталке.

I Подготовка к транспортировке:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить, как себя вести при транспортировке.
- 2) Сообщить в соответствующее отделение факт транспортировки пациента, его состояние, уточнить номер палаты для пациента, приготовить его историю болезни.
- 3) Определить готовность к транспортировке кресла-каталки.

II Выполнение транспортировки:

- а) Перемещение пациента на кресло-каталку (выполняется одной медицинской сестрой, если пациент может помочь)
- 1) Поставить кресло-каталку рядом с кроватью, закрепить тормоза. По возможности опустить кровать до уровня кресла.
 - 2) Помочь пациенту занять сидячее положение на кровати.
 - 3) Встать напротив пациента: ноги должны быть расставлены на ширину 30 см, согнуты в коленях, одна нога выдвинута вперед.
 - 4) Поставить ногу, которая дальше от кресла-каталки, между коленями пациента коленом к нему, а другую ногу по направлению движения.
 - 5) Прижав пациента к себе, плавно поднять его, не дергая и не поворачивая. Необходимо держать свою голову с той стороны головы пациента, где находится кресло-каталка.
 - 6) Поставив пациента на ноги, поворачиваться одновременно с ним до тех пор, пока он не займет положение спиной к креслу-каталке.
 - 7) Опустить пациента в кресло-каталку. Для этого: согнуть колени и придерживать ими колени пациента; держать спину прямо; пациент может помочь, если положит руки на

подлокотники кресла-каталки, чтобы опуститься в него.

8) Отпустить пациента, только убедившись, что он надежно сидит в кресле. Попросить пациента поставить ноги на подставку для ног.

б) Осуществление транспортировки на кресле-каталке

1) Снять кресло-каталку с тормозов и транспортировать пациента.

2) Во время транспортировки осуществляется непрерывное наблюдение за состоянием пациента.

III Окончание транспортировки на кресле-каталке:

1) Поставить кресло-каталку у кровати, закрепить тормоза.

2) Встать напротив пациента: ноги должны быть расставлены на ширину 30 см, согнуты в коленях, одна нога выдвинута вперед.

3) Прижав пациента к себе, плавно поднять его, не дергая и не поворачивая. Необходимо держать свою голову с той стороны головы пациента, где находится кровать.

4) Поставив пациента на ноги, поворачиваться одновременно с ним до тех пор, пока он не почувствует край кровати задней поверхностью бедер.

5) Посадить пациента на кровать.

6) Уложить пациента, укрыть одеялом, убедиться, что он чувствует себя комфортно.

7) Передать историю болезни дежурной палатной медицинской сестре. Дежурная медицинская сестра обязана срочно доложить о поступлении тяжелобольного пациента дежурному или лечащему врачу.

8) Провести дезинфекцию использованных для транспортировки средств

30. Алгоритм кормления тяжелобольного через рот и назогастральный зонд.

I Подготовка к процедуре:

1) Идентифицировать пациента, представиться (если пациенте сознании), проинформировать о предстоящем кормлении, составе и объеме пищи, методе кормления.

2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить, надеть перчатки (если кормление будет осуществляться через назогастральный зонд).

3) Подготовить питательный раствор; подогреть его до температуры 30°C-35°C.

II Выполнение процедуры:

а) При кормлении пациента через рот

1) Помочь пациенту занять полусидячее положение в постели, или положение, сидя с опущенными ногами, или помочь пересесть на стул.

2) Помочь пациенту вымыть руки, причесаться, поправить одежду.

3) Накрыть грудь пациента салфеткой.

4) При наличии у пациента съемных зубных протезов помочь пациенту установить их.

5) Придвинуть прикроватный столик к кровати пациента, сервировать стол.

6) Расположить тарелки с пищей в соответствии с пожеланиями пациента. При нарушении моторики подложить под тарелки нескользящие салфетки. При нарушении координации использовать посуду с защитным бортиком или иную посуду, рекомендованную специалистом по восстановительной медицине.

7) Предложить пациенту воспользоваться столовым прибором, в том числе специальной посудой для пациентов с нарушенными моторными функциями.

б) Если пациент готов есть самостоятельно

1) При необходимости использовать вспомогательные приспособления для предплечья, облегчающие подъем руки до уровня рта (например, подвижные подставки для

предплечья; поддерживающие ремни, одеваемые через голову); протезные или ортопедические приспособления.

2) Наблюдать за процессом питания; эффективностью пережевывания и глотания.

3) По мере необходимости заменять тарелки.

4) По окончании процедуры помочь пациенту прополоскать рот и занять удобное положение в постели

в) Если пациент нуждается в активном кормлении

1) Приподнять головной конец кровати.

2) Убедиться, что пища, приготовленная для пациента, имеет гомогенную консистенцию.

3) Придвинуть прикроватный столик к кровати пациента, сервировать стол.

4) Одной рукой приподнять голову пациента; другой поднести ложку ко рту пациента (при гемипарезе пища подносится со здоровой стороны).

5) Поддерживать голову пациента в процессе жевания и глотания.

6) Поить пациента по требованию или через каждые три-пять ложек пищи. Жидкость дают с помощью ложки или поильника.

7) По окончании кормления помочь пациенту прополоскать рот или обработать ротовую полость по протоколу 14.07.002 "Уход за полостью рта тяжелобольного".

8) Придать пациенту полусидячее положение на 30 мин после окончания еды.

г) При кормлении пациента через назогастральный зонд

1) Определить предписанный пациенту режим кормления - непрерывный или перемежающийся (фракционный).

2) Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика)

3) Поднять головной конец кровати на 30°-45°.

4) Проверить правильность положения зонда.

5) Присоединить шприц объемом 20 см³ к дистальному участку зонда и аспирировать содержимое желудка.

- Оценить характер содержимого - при появлении признаков кровотечения прекратить процедуру.

- При выявлении признаков нарушения эвакуации желудочного содержимого - прекратить кормление.

6) Присоединить к дистальному участку зонда шприц, заполненный 20 см³ воздуха и ввести воздух внутрь, одновременно аускультуруя область эпигастрия.

7) Осмотреть кожу и слизистые оболочки носовых ходов, исключить признаки инфицирования и трофических нарушений, связанных с постановкой назогастрального зонда.

8) Проверить качество фиксации зонда, при необходимости заменить пластырную повязку.

д) При непрерывном режиме зондового кормления

1) Промыть емкость для питательной смеси и соединительную канюлю.

2) Заполнить емкость предписанной питательной смесью.

3) Присоединить канюлю к дистальному участку назогастрального зонда или приемному штуцеру инфузионного насоса.

4) Установить требующуюся скорость введения раствора с помощью дозатора канюли или блока управления насоса.

5) Контролировать скорость введения раствора и объем введенной смеси каждый час.

6) Каждый час аускультировать перистальтические шумы во всех квадрантах живота.

7) Каждые 3 ч проверять остаточный объем желудочного содержимого. При превышении объема показателя, указанного в назначении, прервать кормление.

8) По окончании процедуры промыть зонд 20-30 мл физиологического раствора или другого раствора в соответствии с предписанной схемой.

е) При перемежающемся (фракционном) режиме зондового кормления

1) Подготовить предписанный объем питательной смеси; перелить его в чистую посуду.

2) Заполнить шприц объемом 20-50 мл или воронку питательным раствором.

3) Ввести активно медленно (с помощью шприца) или пассивно (с помощью воронки) предписанный объем питательной смеси в желудок пациента, введение производить дробно, порциями по 20-30 мл, с интервалами между порциями - 1-3 мин.

- 4) После введения каждой порции, пережимать дистальный участок зонда, препятствуя его опустошению.
- 5) По окончании кормления ввести предписанный назначением объем воды. Если введение жидкости не предусмотрено, промыть зонд 30 мл физиологического раствора.

III Окончание процедуры:

- 1) Аускультировать перистальтические шумы во всех квадрантах живота.
- 2) Обработать ротовую полость, вытереть лицо пациента от загрязнений.
- 3) Подвергнуть дезинфекции использованный материал.
- 4) Снять перчатки, обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 5) Уточнить у пациента его самочувствие.
- 6) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации

31. Алгоритм подготовки и смены постельного белья тяжелобольному.

I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры, получить его согласие.
- 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 3) Приготовить комплект чистого белья (простыни, наволочка, пододеяльник), убедиться, что в кровати нет личных вещей больного.
- 4) Надеть перчатки.

II Выполнение процедуры:

- 1) Опустить поручни, оценить положение и состояние пациента.
- 2) Осторожно вынуть подушку из-под головы пациента и сменить наволочку. Грязную наволочку поместить в мешок для белья.
- 3) Снять пододеяльник, убрать одеяло и накрыть пациента пододеяльником на время смены белья.
- 4) Повернуть пациента на бок по направлению к себе.
- 5) Скатать валиком грязную простыню, подложить этот валик под спину пациенту. Если белье сильно загрязнено, положить на валик пеленку.
- 6) Положить сложенную вдвое чистую простыню на свободную сторону постели, заправить ее под матрас с противоположной от больного стороны.
- 7) Помочь пациенту перекатиться через валик на чистую сторону.
- 8) Скатать грязную простыню и положить ее в мешок для белья.
- 9) Расправить чистую простыню и заправить ее под матрас с другой стороны постели.
- 10) Надеть чистый пододеяльник на одеяло. Накрыть пациента одеялом, извлекая грязный

пододеяльник, которым он был укрыт.

11) Поместить грязный пододеяльнике мешок для белья.

III Окончание процедуры:

- 1) Удобно расположить пациента в постели. Осторожно поместить подушку обратно.
- 2) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.
- 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 4) Уточнить у пациента его самочувствие.
- 5) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации

32. Алгоритм смены белья и одежды тяжелобольному.

I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры, получить его согласие.
- 2) Приготовить комплект чистого нательного белья и одежды.
- 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 4) Надеть перчатки.

II Выполнение процедуры:

- 1) Опустить поручни, оценить положение и состояние пациента. При необходимости - установить ширму.
- 2) Помочь пациенту сесть на край кровати.
- 3) Помочь пациенту снять рубашку (платье). Если одна руки повреждена или производится инфузия, надо начать с другой руки. Осторожно пронести рукав над поврежденной рукой (иглой, катетером). При внутривенном вливании флакон с раствором снимается со штатива и проносится через рукав.
- 4) Помочь пациенту снять нижнее белье.
- 5) Укрыть пациента простыней.
- 6) Помочь пациенту надеть чистую рубашку (ночную рубашку, пижамную куртку) сначала на поврежденную конечность.
- 7) Помочь пациенту снять носки.
- 8) Помочь пациенту лечь в постель, поправить простыню.
- 9) Помочь пациенту снять брюки, нижнее белье.

10) Помочь пациенту надеть чистое белье, носки и брюки.

III Окончание процедуры:

- 1) Удобно расположить пациента в постели, накрыть одеялом
- 2) Поместить грязную одежду в мешок для грязного белья.
- 3) Протереть стул или тумбочку, где располагалось грязное белье и одежда, влажной ветошью.
- 4) Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции.
- 5) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 6) Уточнить у пациента его самочувствие.
- 7) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации

33. Алгоритм выполнения манипуляции Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольного.

I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры, получить его согласие.
- 2) Отгородить пациента ширмой (при необходимости).
- 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 4) Надеть клеенчатый фартук, перчатки.
- 5) Налить в емкость теплую воду (35°C-37°C).
- 6) Положить пациента на спину, по возможности согнуть ноги в коленях и слегка развести в тазобедренных суставах. Подложить под пациента клеенку.

II Выполнение процедуры:

- а) У женщин
 - 1) Подставить под крестец пациентки судно.
 - 2) Встать сбоку от пациентки, в одну руку взять емкость с теплой водой, в другую руку зажим с марлевым тампоном (салфеткой).
 - 3) Поливать из емкости на половые органы женщины. Последовательно обработать наружные половые органы в направлении к анальному отверстию: область лобка, наружные (большие) половые губы, паховые складки, промежность, область анального отверстия, межягодичную складку. Салфетки менять по мере загрязнения.
 - 4) Просушить марлевыми салфетками (тампонами) в той же последовательности.
 - 5) Использованные марлевые салфетки поместить в контейнер для дезинфекции.

б) У мужчин

- 1) Поставить судно.
- 2) Встать сбоку от пациента, смочить салфетку (варежку) водой.
- 3) Аккуратно отодвинуть пальцами левой руки крайнюю плоть, обнажить головку полового члена.
- 4) Обработать головку полового члена, кожу полового члена, мошонку, паховые складки, область заднего прохода, межягодичную складку. Менять салфетки по мере загрязнения.
- 5) Просушить в той же последовательности.
- б) Убрать салфетки в контейнер для дезинфекции

III Окончание процедуры:

- 1) Убрать судно, клеенку.
- 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 3) Уложить пациента(ку) удобно, накрыть его (ее) простыней, одеялом.
- 4) Уточнить у пациента его самочувствие.
- 5) Подвергнуть использованный материал, в том числе и перчатки, дезинфекции.
- б) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации

34. Алгоритм ухода за дренажом. Плевральный дренаж.

Плевральный дренаж

I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры, уточнить, испытывает ли он какой-либо дискомфорт от дренажа (если пациент в сознании), и определить необходимость изменений, получить согласие на процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 3) Подготовить необходимое оснащение и оборудование.
- 4) Открыть емкость с физиологическим раствором или с дистиллированной водой.
- 5) Развернуть систему дренирования (стерильные резиновые трубки с контрольным стеклом).

II Выполнение процедуры:

- 1) Налить раствор антисептика в емкости для сбора содержимого плевральной полости: при использовании системы дренирования по Бюлау (объем раствора указан в назначении врача или до линии, обозначенной на емкости).
- 2) Надеть перчатки и присоединить свободный конец трубчатого дренажа, выходящий из плевральной полости, к системе для проведения дренирования: при смене дренажной системы перед ее отсоединением, для профилактики пневмоторакса, необходимо наложить зажим на конец плеврального дренажа или попросить пациента сделать вдох и задержать дыхание. В это время быстро произвести замену дренажной системы.
- 3) Отрегулировать скорость эвакуации содержимого плевральной полости (по частоте

выделяемых пузырьков в емкости для сбора жидкости дренажной системы).

III Окончание процедуры:

- 1) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.
- 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 3) Придать пациенту удобное положение; кнопка вызова должна находиться в пределах досягаемости.
- 4) Уточнить у пациента его самочувствие.
- 5) Сделать запись в медицинской документации о выполнении назначенной врачом манипуляции.

35. Алгоритм ухода за плевральной дренажной трубкой.

I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры, уточнить, испытывает ли он какой-либо дискомфорт от дренажа (если пациент в сознании) и определить необходимость изменений. Получить информированное согласие. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 2) Помочь пациенту лечь на перевозочный стол.
- 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 4) Подготовить необходимое оснащение и оборудование.
- 5) Надеть перчатки.

II Выполнение процедуры:

- 1) Снять пинцетом повязку вокруг дренажа, поместить ее в емкость для отработанного материала.
- 2) Обработать кожу вокруг дренажа антисептиком, салфеткой на пинцете (в направлении от дренажа).
- 3) Наложить вокруг дренажа стерильные салфетки, не менее трех слоев, зафиксировать пластырем или патентованной клеевой повязкой.
- 4) Каждые 1-2 ч (или как указано в назначении врача) необходимо контролировать:
 - работу дренажной системы;
 - скорость выхода пузырьков из плеврального дренажа в емкость, колебание жидкости в гидравлической емкости при дыхании, объем извлекаемой жидкости, данные фиксировать в медицинской документации;
 - состояние основных физиологических параметров пациента: АД, пульс, ЧДД;

- состояние повязки вокруг дренажа (качество фиксации, загрязнение).

5) При прекращении дренирования или замедлении его скорости использовать процедуры, принятые в данном лечебном учреждении:

"Сдаивание":

- правой рукой прижать дренаж пальцами к ладони у места выхода его из плевральной полости;

- левой рукой сжать дренаж чуть ниже правой руки;

- отпустить правую руку и зажать дренаж чуть ниже левой руки;

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

"Скользящее сдавление":

- левой рукой сжать дренаж у места выхода его из плевральной полости;

- пальцы правой кисти смазать мазью или вазелиновым маслом и зажать дренаж чуть ниже левой руки;

- скользким движением пальцев правой кисти провести вниз по дренажу к емкости дренажной системы;

- разжать пальцы левой кисти, затем правой. Повторить указанные движения 2-3 раза.

При отсутствии эффекта от проводимых действий сообщить врачу о выявленных нарушениях в работе дренажной системы.

III Окончание процедуры:

1) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.

2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

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

4) Уточнить у пациента его самочувствие.

5) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.

36. Алгоритм ухода за дренажом и раной.

I Подготовка к процедуре:

1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры, уточнить, испытывает ли он какой-либо дискомфорт от дренажа (если пациент в сознании) и определить необходимость изменений. Получить добровольное информированное согласие, в случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

2) Помочь пациенту лечь на перевязочный стол.

3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

4) Подготовить необходимое оснащение и оборудование.

5) Надеть перчатки.

II Выполнение процедуры:

1) Пинцетом снять повязку. Если она не удаляется, смочить ее небольшим количеством раствора антисептика.

2) Стерильным пинцетом снять нижний слой повязки, не нарушая положение дренажа. Поместить использованный материал в емкость для дезинфекции.

3) Оценить состояние раны: наличие симптомов воспаления, характер отделяемого, его запах, соприкосновение краев раны.

4) Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции (или пластиковый пакет при выполнении процедуры в палате).

5) Обработать руки антисептиком.

6) Подготовить упаковку с новыми перевязочными материалами (салфетками).

7) Налить стерильный раствор для промывания раны в емкость для растворов.

8) Надеть стерильные перчатки.

9) Обработать края раны и кожу вокруг нее антисептиком, тампоном на пинцете (по направлению от раны) периодически меняя тампоны.

При обработке кожи под дренажом поддерживать дренаж в вертикальном положении с помощью зажима. В плевральную область вводится антибиотик. Шприцем Жанэ отсасывается содержимое плевральной полости и одновременно удаляется дренаж, прижимая края раны друг к другу и накладываете шов.

10) Для удаления дренажа необходимо снять швы, расположенные возле дренажа и только затем выдвинуть его наружу или полностью извлечь с помощью зажима. Извлеченный дренаж поместить в емкость для дезинфекции.

11) Осушить рану стерильными салфетками.

12) По назначению врача нанести на рану мазь или другое лекарственное средство стерильным шпателем.

13) Наложить стерильную повязку слоями под дренаж или вокруг него.

14) Зафиксировать повязку пластырем или бинтом.

III Окончание процедуры:

1) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.

2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

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

4) Уточнить у пациента его самочувствие.

5) Сделать запись в медицинской документации о результатах выполнения процедуры

37. Алгоритм оценки интенсивности боли.

I Подготовка к процедуре:

1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры, (если пациент в сознании). Получить добровольное информированное согласие. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

2) Убедиться, что пациент находится в сознании. При диагностировании сознания, отличного от ясного, использовать шкалу комы Глазго

3) Убедиться в возможности речевого контакта с пациентом, учитывая тяжесть состояния, возраст, уровень сознания, нарушения речи, наличие/отсутствие языкового барьера. При невозможности речевого контакта с пациентом диагностировать и документировать невербальные признаки болевого синдрома (маркеры боли).

4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

II Выполнение процедуры:

1) При наличии ясного сознания и возможности речевого контакта провести оценку уровня боли на диагностическом уровне: - спросить у пациента о наличии боли.

а) При подтверждении пациентом наличия болевого синдрома:

1) Предложить пациенту оценить интенсивность боли по 5-балльной шкале.

2) Выяснить локализацию боли.

3) Выяснить иррадиацию боли.

4) Выяснить продолжительность боли.

5) Выяснить характер боли.

6) Полученные результаты документировать. Зоны боли описать в терминах топографической анатомии или отметить на схематическом изображении человеческого тела.

б) При отрицании пациентом наличия болевого синдрома документировать в медицинской документации факт отсутствия боли в момент осмотра.

в) При проведении повторного исследования уровня боли (динамический мониторинг уровня боли) провести оценку уровня боли на уровне динамической оценки.

1) Предложить пациенту отметить текущий уровень боли на 10-балльной шкале визуально-аналогового контроля.

2) Попросить пациента отметить на той же шкале уровень боли на момент предыдущего осмотра.

3) Оценить положительную/отрицательную динамику субъективной оценки болевого синдрома в абсолютных и/или относительных показателях.

4) Полученные результаты документировать.

г) При проведении первичной оценки уровня боли, а также при изменении характера болевого синдрома провести оценку уровня боли на описательном уровне:

1) Инструктировать пациента о правилах заполнения вопросника Мак-Гилла по определению степени выраженности болевого синдрома.

2) Предоставить пациенту бланк вопросника Мак-Гилла и авторучку.

3) По окончании заполнения рассчитать ранговые индексы по 4 основным группам (сенсорные ощущения, эмоциональные ощущения, оценка интенсивности, параметры, отражающие общие характеристики боли); на основании полученных показателей рассчитать ранговый индекс боли (РИБ).

4) Заполнить расчетные поля бланка вопросника.

5) На основании данных заполнить поле "настоящее ощущение интенсивности боли"

III Окончание процедуры:

1) Ознакомить пациента с полученными результатами.

2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

3) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.

4) При отказе пациента от проведения оценки, а также при наличии подозрений в истинности предоставляемых данных (симуляция, аггравация, диссимуляция) диагностировать и документировать невербальные признаки болевого синдрома (маркеры боли)

38. Алгоритм выполнения подкожного введения лекарственных препаратов.

I Подготовка к процедуре:

1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и его переносимость. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

2) Взять упаковку лекарственного препарата и проверить его пригодность (прочитать наименование, дозу, срок годности на упаковке, определить по внешнему виду). Сверить назначения врача.

3) Предложить пациенту или помочь ему занять удобное положение: сидя или лежа. Выбор положения зависит от состояния пациента; вводимого препарата.

4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

5) Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика.

6) Надеть перчатки.

7) Подготовить шприц. Проверить срок годности и герметичность упаковки.

8) Набрать лекарственный препарат в шприц.

а) Набор лекарственного препарата в шприц из ампулы.

Прочитать на ампуле название лекарственного препарата, дозировку, убедиться визуально, что лекарственный препарат пригоден: нет осадка.

Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в ее широкой части.

Подпилить ампулу пилочкой. Обработать шейку ампулы антисептическим раствором.

Вскрыть ампулу. Набрать лекарственный препарат в шприц. Выпустить воздух из шприца.

б) Набор лекарственного препарата из флакона, закрытого алюминиевой крышкой.

Прочитать на флаконе наименование лекарственного препарата, дозировку, срок

годности.

Отогнуть нестерильными ножницами или пинцетом часть крышки флакона, прикрывающую резиновую пробку. Протереть резиновую пробку ватным шариком или салфеткой, смоченной антисептическим раствором. Ввести иглу под углом 90° во флакон, перевернуть его вверх дном, слегка оттягивая поршень, набрать в шприц нужное количество лекарственного препарата.

Извлечь иглу из флакона, заменить ее на новую стерильную иглу, проверить ее проходимость.

9) Положить собранный шприц и стерильные шарики в стерильный лоток.

10) Выбрать, осмотреть и пропальпировать область предполагаемой инъекции для выявления противопоказаний для избежания возможных осложнений.

II Выполнение процедуры:

1) Обработать место инъекции не менее чем двумя салфетками или шариками, смоченными антисептическим раствором.

2) Собрать кожу пациента в месте инъекции одной рукой в складку треугольной формы основанием вниз.

3) Взять шприц другой рукой, придерживая канюлю иглы указательным пальцем.

4) Ввести иглу со шприцем быстрым движением под углом 45° на $2/3$ ее длины.

5) Потянуть поршень на себя, чтобы убедиться, что игла не попала в сосуд.

6) Медленно ввести лекарственный препарат в подкожную жировую клетчатку.

7) Извлечь иглу, прижать к месту инъекции шарик с кожным антисептическим раствором, не отрывая руки с шариком, слегка помассировать место введения лекарственного препарата.

III Окончание процедуры:

1) Подвергнуть дезинфекции весь расходуемый материал. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.

2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

3) Уточнить у пациента его самочувствие.

4) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию

39. Алгоритм выполнения внутрикожного введения лекарственных препаратов.

I Подготовка к процедуре:

1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры.

Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и его переносимость. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

2) Взять упаковку и проверить пригодность лекарственного препарата (прочитать наименование, дозу, срок годности на упаковке, определить по внешнему виду). Сверить назначения врача.

3) Предложить пациенту или помочь ему занять удобное положение: сидя или лежа. Выбор положения зависит от состояния пациента; вводимого препарата.

4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

5) Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика.

6) Надеть нестерильные перчатки.

7) Подготовить шприц. Проверить срок годности, герметичность упаковки.

8) Набрать лекарственный препарат в шприц.

а) Набор лекарственного препарата в шприц из ампулы.

Прочитать на ампуле название лекарственного препарата, дозировку, убедиться визуально, что лекарственный препарат пригоден: нет осадка.

Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в ее широкой части.

Подпилить ампулу пилочкой. Обработать шейку ампулы антисептиком. Вскрыть ампулу.

Набрать лекарственный препарат в шприц. Выпустить воздух из шприца.

б) Набор лекарственного препарата из флакона, закрытого алюминиевой крышкой. Прочитать на флаконе название лекарственного препарата, дозировку, срок годности. Отогнуть нестерильными ножницами или пинцетом часть крышки флакона, прикрывающую резиновую пробку. Протереть резиновую пробку ватным шариком или салфеткой, смоченной антисептическим раствором. Ввести иглу под углом 90° во флакон, перевернуть его вверх дном, слегка оттягивая поршень, набрать в шприц нужное количество лекарственного препарата.

Извлечь иглу из флакона, заменить ее на новую стерильную иглу, проверить ее проходимость.

9) Положить собранный шприц и стерильные шарики в стерильный лоток.

10) Выбрать, осмотреть и пропальпировать область предполагаемой инъекции для выявления противопоказаний для избежания возможных осложнений.

II Выполнение процедуры:

1) Обработать место инъекции не менее чем двумя салфетками или шариками, смоченными антисептическим раствором. Дождаться его высыхания.

2) Обхватив предплечье пациента снизу, растянуть кожу пациента на внутренней поверхности средней трети предплечья.

3) Взять шприц другой рукой, придерживая канюлю иглы указательным пальцем, ввести в кожу пациента в месте предполагаемой инъекции только конец иглы почти параллельно коже, держа ее срезом вверх под углом $10-15^\circ$.

4) Нажимая указательным пальцем на поршень, ввести лекарственный препарат до появления папулы, свидетельствующей о правильном введении препарата.

5) Извлечь иглу. К месту введения препарата не прижимать салфетку с антисептическим раствором.

III Окончание процедуры:

1) Подвергнуть дезинфекции весь расходный материал. Снять перчатки, поместить их поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.

2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

3) Уточнить у пациента его самочувствие.

4) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию

40. Алгоритм выполнения внутримышечного введения лекарственных препаратов.

I Подготовка к процедуре:

1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и его переносимость. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

2) Взять упаковку и проверить пригодность лекарственного препарата (прочитать наименование, дозу, срок годности на упаковке, определить по внешнему виду). Сверить назначения врача.

3) Предложить пациенту или помочь ему занять удобное положение. Выбор положения зависит от состояния пациента; вводимого препарата.

4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

5) Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика.

6) Надеть нестерильные перчатки.

7) Подготовить шприц. Проверить срок годности, герметичность упаковки.

8) Набрать лекарственный препарат в шприц.

а) Набор лекарственного препарата в шприц из ампулы.

Прочитать на ампуле название лекарственного препарата, дозировку, убедиться визуально, что лекарственный препарат пригоден: нет осадка.

Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в ее широкой части.

Подпилить ампулу пилочкой. Обработать шейку ампулы антисептическим раствором. Вскрыть ампулу. Набрать лекарственный препарат в шприц. Выпустить воздух из шприца.

б) Набор лекарственного препарата из флакона, закрытого алюминиевой крышечкой. Прочитать на флаконе название лекарственного препарата, дозировку, срок годности. Отогнуть нестерильными ножницами или пинцетом часть крышки флакона, прикрывающую резиновую пробку. Протереть резиновую пробку ватным шариком или салфеткой, смоченной антисептическим раствором.

Ввести иглу под углом 90° во флакон, перевернуть его вверх дном, слегка оттягивая поршень, набрать в шприц нужное количество лекарственного препарата.

Извлечь иглу из флакона, заменить ее на новую стерильную иглу, проверить ее проходимость.

9) Положить собранный шприц и стерильные шарики в стерильный лоток.

10) Выбрать, осмотреть и пропальпировать область предполагаемой инъекции для выявления противопоказаний для избежания возможных осложнений

II Выполнение процедуры:

- 1) Обработать место инъекции не менее чем двумя салфетками или шариками, смоченными антисептическим раствором.
- 2) Туго натянуть кожу пациента в месте инъекции большим и указательным пальцами одной руки (у ребенка и старого человека захватите мышцу), что увеличит массу мышцы и облегчит введение иглы.
- 3) Взять шприц другой рукой, придерживая канюлю иглы указательным пальцем.
- 4) Ввести иглу быстрым движением под углом 90° на $2/3$ ее длины.
- 5) Потянуть поршень на себя, чтобы убедиться, что игла не находится в сосуде.
- 6) Медленно ввести лекарственный препарат в мышцу.
- 7) Извлечь иглу, прижать к месту инъекции шарик с антисептическим раствором, не отрывая руки с шариком, слегка помассировать место введения лекарственного препарата.

III Окончание процедуры:

- 1) Подвергнуть дезинфекции весь расходуемый материал. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.
- 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 3) Уточнить у пациента его самочувствие.
- 4) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию

41. Алгоритм взятия крови из пальца без применения вакуумной системы.

I Подготовка к процедуре:

- 1) Подготовить на манипуляционном столике необходимое оснащение.
- 2) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход предстоящей процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 3) Промаркировать пробирки, указав ФИО пациента, отделение (с целью исключения ошибки при идентификации пробы биоматериала).
- 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 5) Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика.
- 6) Надеть нестерильные перчатки.

II Выполнение процедуры:

- 1) Смочить ватный или марлевый шарик в антисептическом средстве.
- 2) Одной рукой взять четвертый палец свободной руки пациента, слегка помассировать его, зажав верхнюю фалангу пальца пациента указательным и большим пальцами.
- 3) Другой рукой обработать смоченным в антисептическом средстве ватным или

марлевым шариком внутреннюю поверхность верхней фаланги пальца пациента антисептиком. Осушить поверхность пальца сухой стерильной салфеткой или ватным шариком.

- 4) Поместить использованную салфетку или шарик в лоток для расходного материала.
- 5) После высыхания кожи взять скарификатор/автоматический ланцет и сделать быстрым движением прокол кожи.
- 6) Поместить использованный скарификатор/автоматический ланцет в непрокальваемый контейнер для использованных скарификаторов.
- 7) Вытереть первые капли крови сухой стерильной салфеткой или ватным шариком. Поместить использованную салфетку или шарик в лоток для расходного материала.
- 8) Самотекотом набрать необходимое количество крови в соответствии с методикой исследования полученного материала.
- 9) Прижать к месту прокола салфетку или ватный шарик с антисептическим раствором. Попросить пациента держать салфетку или ватный шарик у места прокола 2-3 мин.

III Окончание процедуры:

- 1) Подвергнуть дезинфекции скарификатор и использованный материал. Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.
- 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 3) Уточнить у пациента его самочувствие.
- 4) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию или оформить направление.
- 5) Организовать доставку пробирок с лабораторным материалом в лабораторию.

42. Алгоритм взятия крови из пальца с применением одноразовой системы для взятия капиллярной крови.

I Подготовка к процедуре:

- 1) Подготовить на манипуляционном столике необходимое оснащение.
- 2) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход предстоящей процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 3) Промаркировать пробирки, указав ФИО пациента, отделение (с целью исключения ошибки при идентификации пробы биоматериала).
- 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 5) Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика.
- 6) Надеть нестерильные перчатки.

II Выполнение процедуры:

- 1) Смочить ватный или марлевый шарик в антисептическом средстве.
- 2) Одной рукой взять четвертый палец свободной руки пациента, слегка помассировать

его, зажав верхнюю фалангу пальца пациента указательным и большим пальцами.

- 3) Другой рукой обработать смоченным в антисептическом средстве ватным или марлевым шариком внутреннюю поверхность верхней фаланги пальца пациента антисептиком. Осушить поверхность пальца сухой стерильной салфеткой или ватным шариком.
- 4) Поместить использованную салфетку или шарик в лоток для расходного материала.
- 5) После высыхания кожи взять скарификатор/автоматический ланцет и сделать быстрым движением прокол кожи.
- 6) Поместить использованный скарификатор/автоматический ланцет в непрокальваемый контейнер для использованных скарификаторов.
- 7) Вытереть первые капли крови сухой стерильной салфеткой или ватным шариком. Поместить использованную салфетку или шарик в лоток для расходного материала.
- 8) Самотеком набрать необходимое количество крови капилляром, используя край пробирки или встроенный в крышку пробирки капилляр. Наилучший результат достигается при горизонтальном или слегка наклоненном положении пробирки. Объем взятой пробы крови должен соответствовать метке на пробирке.
- 9) Прижать к месту прокола салфетку или ватный шарик с антисептическим раствором. Попросить пациента держать салфетку или ватный шарик у места прокола 2-3 мин.
- 10) Перевернуть пробирку в вертикальное положение для переноса крови из капилляра в пробирку.
- 11) Повернуть крышку с пробирки, снять и поместить в непрокальваемый контейнер вместе со встроенным капилляром, не разбирая.
- 12) Снять крышку с основания пробирки, плотно закрыть пробирку или закрыть пробирку крышкой-пробкой до щелчка (в зависимости от модификации пробирки).
- 13) Тщательно перемешать пробу, перевернув пробирку, в зависимости от методики исследования полученного материала.

III Окончание процедуры:

- 1) Подвергнуть дезинфекции скарификатор и использованный материал. Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.
- 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 3) Уточнить у пациента его самочувствие.
- 4) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию или оформить направление.
- 5) Организовать доставку пробирок с лабораторным материалом в лабораторию

43. Алгоритм внутривенного введения лекарственных препаратов (струйно).

I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и его переносимость. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 2) Взять упаковку и проверить пригодность лекарственного препарата (прочитать наименование, дозу, срок годности на упаковке, определить по внешнему виду). Сверить назначения врача.
- 3) Предложить пациенту или помочь ему занять удобное положение: сидя или лежа.
- 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 5) Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика.
- 6) Надеть нестерильные перчатки.
- 7) Подготовить шприц.

Проверить срок годности, герметичность упаковки.

8) Набрать лекарственный препарат в шприц.

а) Набор лекарственного препарата в шприц из ампулы.

Прочитать на ампуле название лекарственного препарата, дозировку, убедиться визуально, что лекарственный препарат пригоден: нет осадка.

Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в ее широкой части.

Подпилить ампулу пилочкой. Обработать шейку ампулы антисептическим раствором.

Вскрыть ампулу. Набрать лекарственный препарат в шприц.

Выпустить воздух из шприца.

б) Набор лекарственного препарата из флакона, закрытого алюминиевой крышечкой.

Прочитать на флаконе название лекарственного препарата, дозировку, срок годности.

Отогнуть нестерильными ножницами или пинцетом часть крышки флакона, прикрывающую резиновую пробку. Протереть резиновую пробку ватным шариком или салфеткой, смоченной антисептическим раствором.

Ввести иглу под углом 90° во флакон, перевернуть его вверх дном, слегка оттягивая поршень, набрать в шприц нужное количество лекарственного препарата.

Извлечь иглу из флакона, заменить ее на новую стерильную иглу, проверить ее проходимость.

9) Положить собранный шприц и стерильные шарики в стерильный лоток.

10) Выбрать, осмотреть и пропальпировать область предполагаемой венопункции для выявления противопоказаний для избежания возможных осложнений.

11) При выполнении венопункции в область локтевой ямки предложить пациенту максимально разогнуть руку в локтевом суставе, для чего подложить под локоть пациента клеенчатую подушечку.

12) Наложить жгут (на рубашку или пеленку) так, чтобы при этом пульс на ближайшей артерии пальпировался, и попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее.

13) При выполнении венопункции в область локтевой ямки наложить жгут в средней трети плеча, пульс проверяется на лучевой артерии.

14) Надеть нестерильные перчатки.

II Выполнение процедуры:

1) Обработать область венопункции не менее чем двумя салфетками/ватными шариками с антисептическим раствором движениями в одном направлении, одновременно определяя наиболее наполненную вену.

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

3) Другой рукой натянуть кожу в области венопункции, фиксируя вену. Держа иглу срезом вверх параллельно коже проколоть ее, затем ввести иглу в вену (не более чем на $1/2$ иглы). При попадании иглы в вену ощущается "попадание в пустоту".

4) Убедиться, что игла в вене - держа шприц одной рукой, другой потянуть поршень на себя, при этом в шприц должна поступить кровь (темная, венозная).

5) Развязать или ослабить жгут и попросить пациента разжать кулак. Для контроля нахождения иглы в вене еще раз потянуть поршень на себя, т.к. в момент ослабления жгута игла может выйти из вены.

6) Нажать на поршень, не меняя положения шприца, и медленно (в соответствии с рекомендациями врача) ввести лекарственный препарат, оставив в шприце незначительное количество раствора.

7) Прижать к месту инъекции салфетку или ватный шарик с антисептическим раствором.

8) Извлечь иглу, попросить пациента держать салфетку или ватный шарик у места инъекции 5-7 мин., прижимая большим пальцем второй руки, или забинтовать место инъекции.

9) Убедиться, что наружного кровотечения в области венопункции нет

III Окончание процедуры:

1) Подвергнуть дезинфекции весь расходный материал. Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.

- 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 3) Уточнить у пациента его самочувствие.
- 4) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию.

44. Алгоритм внутривенного введения лекарственных средств (капельно с помощью системы для вливания инфузионных растворов).

I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и его переносимость. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 2) Предложить пациенту опорожнить мочевой пузырь, учитывая длительность выполнения процедуры.
- 3) Предложить пациенту или помочь занять ему удобное положение, которое зависит от его состояния здоровья.
- 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 5) Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания

антисептика.

б) Надеть нестерильные перчатки

7) Заполнить устройство для вливаний инфузионных растворов однократного применения и поместить его на штативе для инфузионных вливаний.

а) Заполнение устройства для вливаний инфузионных растворов однократного применения.

Проверить срок годности устройства и герметичность пакета.

Прочитать надпись на флаконе: название, срок годности. Убедиться в его пригодности (цвет, прозрачность, осадок).

Нестерильными ножницами или пинцетом вскрыть центральную часть металлической крышки флакона, обработать резиновую пробку флакона ватным шариком или салфеткой, смоченной антисептическим раствором.

Вскрыть упаковочный пакет и извлечь устройство (все действия производятся на рабочем столе).

Снять колпачок с иглы воздуховода, ввести иглу до упора в пробку флакона. В некоторых системах отверстие воздуховода находится непосредственно над капельницей. В этом случае нужно только открыть заглушку, закрывающую это отверстие. Закрепить винтовой зажим. Перевернуть флакон и закрепить его на штативе.

Повернуть устройство в горизонтальное положение, открыть винтовой зажим: медленно заполнить капельницу до половины объема. Если устройство снабжено мягкой капельницей и она соединена жестко с иглой для флакона, необходимо одновременно с двух сторон сдавить ее пальцами, и жидкость заполнит капельницу.

Закрепить винтовой зажим и вернуть устройство в исходное положение, при этом фильтр должен быть полностью погружен в лекарственный препарат, предназначенный для вливания.

Открыть винтовой зажим и медленно заполнить длинную трубку системы до полного вытеснения воздуха и появления капель из иглы для инъекций. Капли лекарственного препарата лучше сливать в раковину под струю воды во избежание загрязнения окружающей среды.

Можно заполнять систему, не надевая иглу для инъекций, в этом случае капли должны показаться из соединительной канюли.

Убедиться в отсутствии пузырьков воздуха в трубке устройства (устройство заполнено).

Положить в стерильный лоток или в упаковочный пакет иглу для инъекции, закрытую колпачком, стерильные салфетки или ватные шарики с антисептическим раствором, стерильную салфетку сухую.

Приготовить две полоски узкого лейкопластыря шириной 1 см, длиной 4-5 см.

8) Доставить в палату манипуляционный столик с размещенным на нем необходимым оснащением, штатив с капельницей.

9) Обследовать, пропальпировать место предполагаемой венепункции для выявления противопоказаний для избежания возможных осложнений.

10) Наложить венозный жгут (на рубашку или пеленку) в средней трети плеча так, чтобы при этом пульс на лучевой артерии пальпировался, и попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее.

II Выполнение процедуры:

1) Обработать область локтевого сгиба не менее чем двумя салфетками или ватными шариками с антисептическим раствором движениями в одном направлении, одновременно определяя наиболее наполненную вену.

2) Фиксировать вену пальцем, натянув кожу над местом венепункции.

3) Другой рукой натянуть кожу в области венепункции, фиксируя вену. Пунктировать вену иглой с подсоединенной к ней системой, держа иглу срезом вверх параллельно коже, проколоть ее, затем ввести иглу в вену (не более чем на 1/2 иглы). При попадании иглы в вену ощущается "попадание в пустоту". При появлении в канюле иглы крови - попросить пациента разжать кисть, одновременно развязать или ослабить жгут. Все использованные салфетки или ватные шарики помещаются в непромокаемый пакет.

4) Открыть винтовой зажим капельной системы, отрегулировать винтовым зажимом

скорость капель (согласно назначению врача).

5) Закрепить иглу и систему лейкопластырем, прикрыть иглу стерильной салфеткой, закрепить ее лейкопластырем.

6) Снять перчатки, поместить их в непромокаемый пакет.

7) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

8) Наблюдать за состоянием пациента, его самочувствием на протяжении всей процедуры (в условиях оказания помощи в процессе транспортировки, продолжительность наблюдения определяется продолжительностью транспортирования).

III Окончание процедуры:

1) Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептического раствора).

2) Надеть нестерильные перчатки.

3) Закрывать винтовой зажим капельной системы, извлечь иглу из вены, прижать место пункции на 5-7 мин. салфеткой или ватным шариком с антисептическим раствором, прижимая большим пальцем второй руки, или забинтовать место инъекции.

4) Убедиться, что наружного кровотечения в области венепункции нет.

5) Подвергнуть дезинфекции весь расходуемый материал. Снять нестерильные перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.

6) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

7) Уточнить у пациента его самочувствие.

8) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию.

45. Алгоритм внутривенного введения лекарственных препаратов струйно или капельно через катетер установленный в центральной вене.

I Подготовка к процедуре:

1) Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и в отсутствии аллергии на данное лекарственное средство. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

2) Предложить пациенту или помочь занять ему удобное положение (сидя или лежа). Выбор положения зависит от состояния пациента, вводимого препарата и способа введения лекарственного препарата - струйно или капельно.

3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

4) Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика.

5) Надеть нестерильные перчатки.

б) Собрать шприц и набрать в него лекарственный препарат или заполнить устройство для вливаний инфузионных растворов однократного применения и разместить его на штативе для инфузионных вливаний.

Алгоритм набора лекарственного препарата и заполнение системы см. 6.1.8 и 6.2.7.

7) Доставить в палату необходимое оснащение.

II Выполнение процедуры:

1) Обложить место, где установлен центральный катетер, стерильными салфетками.

2) Снять пробку (заглушку) с катетера и положить ее на стерильную салфетку, наружный вход катетера обработать стерильной салфеткой или марлевым шариком, смоченным антисептическим раствором. Если будет использоваться старая пробка, то ее нужно обработать антисептическим раствором и поместить в стерильную салфетку.

Рекомендуется использовать новую заглушку.

3) Подключить шприц (без иглы), потянуть поршень на себя до появления крови в шприце; или систему для переливания инфузионных растворов.

а) При струйном введении нажать на поршень и медленно (в соответствии с рекомендациями врача) ввести лекарственный препарат, оставив в шприце несколько миллилитров лекарственного препарата.

б) При капельном способе введения лекарственного препарата проверить проходимость катетера, подсоединив к нему шприц с физиологическим раствором - 2 мл. Скорость введения зависит от назначения врача.

Количество раствора, оставляемого в шприце, должно быть достаточным для обеспечения безопасного введения (препятствие попадания в вену пузырьков воздуха).

Если при нажатии на поршень лекарственный препарат не удастся ввести с обычным усилием, следует прекратить процедуру, сообщить врачу и ставить вопрос о замене катетера.

При капельном способе введения лекарственных препаратов после подсоединения системы для капельных вливаний закрепить ее, снять перчатки, поместить их в непромокаемый мешок, убедиться, что пациенту удобно, вымыть руки. Наблюдать за пациентом до окончания процедуры.

III Окончание процедуры:

1) Отсоединение шприца/системы для переливания инфузионных растворов от катетера.

а) При струйном введении лекарственных препаратов отсоединить шприц от катетера и закрыть катетер стерильной пробкой.

б) При капельном способе введения лекарственных препаратов вымыть руки, надеть стерильные перчатки. Отсоединить систему для переливания инфузионных растворов от катетера, закрыть катетер стерильной пробкой.

2) Закрыть катетер стерильной салфеткой, закрепить ее.

3) Поместить использованное устройство для вливаний инфузионных растворов или использованный шприц и салфетки или ватные шарики, пеленку в непрокальваемую емкость и транспортировать в процедурный кабинет. Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/ контейнер для утилизации отходов класса Б.

4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

5) Уточнить у пациента его самочувствие.

6) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию.

46. Алгоритм внутривенного введения лекарственных препаратов струйно и капельно через катетер, установленный в периферической вене.

I Подготовка к выполнению процедуры:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и в отсутствии аллергии на данное лекарственное средство. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 2) Предложить пациенту или помочь занять ему удобное положение (сидя или лежа). Выбор положения зависит от состояния пациента, вводимого препарата и способа введения лекарственного препарата - струйно или капельно. Процедура может быть проведена как в палате, так и в процедурном кабинете.
- 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 4) Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика.

5) Надеть нестерильные перчатки.

б) Собрать шприц и набрать в него лекарственный препарат или заполнить устройство для вливаний инфузионных растворов однократного применения и разместить его на штативе для инфузионных вливаний.

Алгоритм набора лекарственного препарата и заполнение системы см. 6.1.8 и 6.2.7.

7) Доставить в палату необходимое оснащение.

II Выполнение процедуры:

1) Снять пробку и положить ее на стерильную салфетку, наружный вход катетера обработать стерильной салфеткой или ватным шариком, смоченным антисептическим раствором.

2) Подключить шприц (без иглы), потянуть поршень на себя до появления крови в шприце; или присоединить систему для переливания инфузионных растворов.

а) При струйном введении нажать на поршень и медленно (в соответствии с рекомендациями врача) ввести лекарственный препарат, оставив в шприце несколько миллилитров лекарственного препарата.

б) При капельном способе внутривенного введения лекарственных препаратов проверить проходимость катетера, подсоединив к нему шприц с физиологическим раствором - 2 мл. Скорость введения зависит от назначения врача.

Количество миллилитров, оставляемых в шприце, должно быть достаточным для обеспечения безопасного введения (препятствие попадания в вену пузырьков воздуха).

Если при нажатии на поршень лекарственный препарат не удастся ввести с обычным усилием, то следует прекратить процедуру, сообщить врачу и ставить вопрос о замене катетера.

При капельном способе введения лекарственного препарата после подсоединения системы для капельных вливаний закрепить ее, снять перчатки, поместить их в непромокаемый мешок, убедиться, что пациенту удобно, вымыть руки. Наблюдать за пациентом до окончания процедуры.

III Окончание процедуры:

1) Отсоединение шприца/системы для переливания инфузионных растворов от катетера.

а) При струйном способе введения отсоединить шприц от катетера и закрыть катетер стерильной пробкой.

б) При капельном способе введения лекарственного препарата вымыть руки, надеть нестерильные перчатки. Отсоединить систему для переливания инфузионных растворов от катетера, закрыть катетер стерильной пробкой.

2) Закрывать катетер стерильной салфеткой и закрепить ее.

3) Если процедура проводилась в процедурном кабинете, то поместить использованное устройство для вливаний инфузионных растворов или использованный шприц и салфетки или ватные шарики в емкость с дезинфицирующим раствором. Если процедура проводилась в палате, то поместить использованное устройство для вливаний инфузионных растворов или использованный шприц и салфетки или ватные шарики в непрокаляваемую емкость и транспортировать в процедурный кабинет.

4) Снять перчатки и поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.

5) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

б) Уточнить у пациента его самочувствие.

7) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию

47. Алгоритм взятия крови из периферической вены шприцем.

I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру взятия крови. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 2) Предложить пациенту или помочь ему занять удобное положение: сидя или лежа.
- 3) Промаркировать пробирки, указав ФИО пациента, отделение (с целью исключения ошибки при идентификации пробы биоматериала).
- 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 5) Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика.
- 6) Надеть нестерильные перчатки.
- 7) Подготовить необходимое оснащение.
- 8) Выбрать, осмотреть и пропальпировать область предполагаемой венепункции для выявления противопоказаний для избежания возможных осложнений.
При выполнении венепункции в область локтевой ямки предложить пациенту максимально разогнуть руку в локтевом суставе, для чего подложить под локоть пациента клеенчатую подушечку.
- 9) Наложить жгут на рубашку или пеленку так, чтобы при этом пульс на ближайшей артерии пальпировался и попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее.
При выполнении венепункции в область локтевой ямки наложить жгут в средней трети плеча, пульс проверяем на лучевой артерии.
При наложении жгута женщине не использовать руку на стороне мастэктомии.

II Выполнение процедуры:

- 1) Обработать область венепункции не менее чем двумя салфетками или ватными шариками с кожным антисептиком движениями в одном направлении, одновременно определяя наиболее наполненную вену. Если рука пациента сильно загрязнена, использовать столько ватных шариков с антисептиком, сколько необходимо.
- 2) Подождать до полного высыхания антисептического раствора (30-60с). Нельзя вытирать и обдувать место прокола, чтобы не занести микроорганизмы. Нельзя также пальпировать вену после дезинфекции. Если во время венепункции возникли сложности, и вена пальпировалась повторно, эту область нужно продезинфицировать снова.
- 3) Взять шприц, фиксируя указательным пальцем канюлю иглы. Остальные пальцы охватывают цилиндр шприца сверху.
- 4) Натянуть кожу в области венепункции, фиксируя вену. Держать иглу срезом вверх, параллельно коже, проколоть ее, затем ввести иглу в вену не более чем на 1/2 ее длины. При попадании иглы в вену ощущается "попадание в пустоту".
- 5) Убедиться, что игла в вене: одной рукой удерживая шприц, другой потянуть поршень шприца на себя, при этом в шприц должна поступить кровь (темная, венозная). Когда из канюли иглы покажется кровь, набрать необходимое количество крови.
- 6) Попросить пациента разжать кулак. Развязать жгут.
- 7) Прижать к месту инъекции салфетку или ватный шарик с антисептическим раствором. Извлечь иглу, попросить пациента держать салфетку или ватный шарик у места инъекции 5-7 мин., прижимая большим пальцем второй руки, или заклеить бактерицидным пластырем, или забинтовать место инъекции.
Время, которое пациент держит салфетку/ватный шарик у места инъекции (5-7 мин.), рекомендуемое.
- 8) Кровь, находящуюся в шприце, аккуратно и медленно, по стенке, перелить в необходимое количество пробирок.
- 9) Убедиться, что у пациента наружного кровотечения в области венепункции нет.

III Окончание процедуры:

- 1) Подвергнуть дезинфекции весь расходованный материал. Снять перчатки, поместить в

емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.

2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

3) Уточнить у пациента его самочувствие.

4) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию или оформить направление.

5) Организовать доставку пробирок с полученным лабораторным материалом в лабораторию

48. Алгоритм взятия крови из периферической вены иглой.

I Подготовка к процедуре:

1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры.

Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру взятия крови. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

2) Предложить пациенту или помочь ему занять удобное положение: сидя или лежа.

3) Промаркировать пробирки, указав ФИО пациента, отделение (с целью исключения ошибки при идентификации пробы биоматериала).

- 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 5) Обработать руки антисептиком. Не сушить, дожидаться полного высыхания антисептика.
- 6) Надеть нестерильные перчатки.
- 7) Подготовить необходимое оснащение.
- 8) Выбрать, осмотреть и пропальпировать область предполагаемой венепункции для выявления противопоказаний для избежания возможных осложнений.
При выполнении венепункции в область локтевой ямки предложить пациенту максимально разогнуть руку в локтевом суставе, для чего подложить под локоть пациента клеенчатую подушечку.
- 9) Наложить жгут на рубашку или пеленку так, чтобы при этом пульс на ближайшей артерии пальпировался, и попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее.
При выполнении венепункции в область локтевой ямки наложить жгут в средней трети плеча, пульс проверяем на лучевой артерии.
При наложении жгута женщине не использовать руку на стороне мастэктомии.

II Выполнение процедуры:

- 1) Обработать область венепункции не менее чем двумя салфетками или ватными шариками с кожным антисептиком движениями в одном направлении, одновременно определяя наиболее наполненную вену. Если рука пациента сильно загрязнена, использовать столько ватных шариков с антисептиком, сколько необходимо.
- 2) Подождать до полного высыхания антисептического раствора (30-60 с). Нельзя вытирать и обдувать место прокола, чтобы не занести на него микроорганизмы. Нельзя также пальпировать вену после дезинфекции. Если во время венепункции возникли сложности, и вена пальпировалась повторно, эту область нужно продезинфицировать снова.
- 3) Взять иглу необходимого для данной методики размера, вскрыть упаковочный пакет.
- 4) Охватить пальцами канюлю иглы, под канюлю положить марлевую салфетку.
- 5) Натянуть кожу в области венепункции, фиксируя вену. Держать иглу срезом вверх параллельно коже, проколоть ее, затем ввести иглу в вену не более чем на 1/2 ее длины. При попадании иглы в вену ощущается "попадание в пустоту".
- 6) Когда из канюли иглы покажется кровь, подставить под канюлю пробирку и набрать необходимое количество крови.
- 7) Попросить пациента разжать кулак. Развязать жгут.
- 8) Прижать к месту инъекции салфетку или ватный шарик с антисептическим раствором. Извлечь иглу, попросить пациента держать салфетку или ватный шарик у места инъекции 5-7 мин., прижимая большим пальцем второй руки, или заклеить бактерицидным пластырем, или забинтовать место инъекции.
Время, которое пациент держит салфетку или ватный шарик у места инъекции (5-7 мин.), рекомендуемое.
- 9) Убедиться, что наружного кровотечения в области венепункции нет

III Окончание процедуры:

- 1) Подвергнуть дезинфекции весь расходный материал. Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.
- 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 3) Уточнить у пациента его самочувствие.
- 4) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию или оформить направление.
- 5) Организовать доставку пробирок с полученным лабораторным материалом в лабораторию.

49. Алгоритм взятия крови из периферической вены с помощью закрытых вакуумных систем.

I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру взятия крови. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 2) Предложить пациенту или помочь ему занять удобное положение: сидя или лежа.
- 3) Промаркировать пробирки, указав ФИО пациента, отделение (с целью исключения ошибки при идентификации пробы биоматериала).
- 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 5) Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика.
- 6) Надеть нестерильные перчатки.
- 7) Выбрать пробирки, соответствующие заявленным тестам или необходимым пациенту лабораторным исследованиям, приготовить иглу, держатель, спиртовые салфетки, пластырь.
- 8) Наложить жгут на рубашку или пеленку на 7-10 см выше места венепункции. Жгут нужно накладывать не более чем на одну минуту. Более длительное сдавливание вены может повлиять на результаты анализов вследствие изменения концентраций в крови некоторых показателей.
- 9) Попросить пациента сжать кулак. Нельзя задавать для руки физическую нагрузку (энергичное "сжатие и разжатие кулака"), т.к. это может привести к изменениям концентрации в крови некоторых показателей. Выбрать место венепункции. Наиболее часто используются средняя локтевая и подкожные вены, однако можно пунктировать и менее крупные и полнокровные вены тыльной поверхности запястья и кисти.

II Выполнение процедуры:

- 1) Взять иглу и снять защитный колпачок с нее. Если используется двусторонняя игла, снять защитный колпачок серого или белого цвета.
- 2) Вставить иглу в иглодержатель и завинтить до упора.
- 3) Проздезинфицировать место венепункции марлевой салфеткой или тампоном, смоченным антисептическим раствором, круговыми движениями от центра к периферии.
- 4) Подождать до полного высыхания антисептического раствора (30-60 с). Нельзя вытирать и обдуть место прокола, чтобы не занести микроорганизмы. Нельзя также пальпировать вену после дезинфекции. Если во время венепункции возникли сложности, и вена пальпировалась повторно, эту область нужно продезинфицировать снова.
- 5) Снять колпачок с другой стороны иглы.
- 6) Обхватить левой рукой предплечье пациента так, чтобы большой палец находился на 3-5 см ниже места венепункции, натянуть кожу.
- 7) Расположить иглу по одной линии с веной скосом вверх и пунктировать вену под углом 15-30° к коже.
- 8) Вставить заранее приготовленную пробирку в иглодержатель до упора и удерживать ее, пока кровь не перестанет поступать в пробирку. Жгут необходимо снять сразу же после начала поступления крови в пробирку. Убедиться, что пациент разжал кулак. Кровь проходит в пробирку, пока полностью не компенсирует созданный в ней вакуум. Если кровь не идет, это значит, что игла прошла вену насквозь - в этом случае нужно немного вытянуть иглу, но не вынимать, пока кровь не пойдет в пробирку. Точность заполнения пробирки составляет $\pm 10\%$ от номинального объема.
- 9) Извлечь пробирку из держателя.
- 10) Сразу же после заполнения пробирку нужно аккуратно перевернуть для смешивания пробы с наполнителем: пробирку без антикоагулянтов - 5-6 раз; пробирку с цитратом - 3-4 раза; пробирку с гепарином, ЭДТА и другими добавками - 8-10 раз.

Пробирки нельзя встряхивать - это может вызвать пенообразование и гемолиз, а также привести к механическому лизису эритроцитов.

Если это необходимо, в иглодержатель вставляется ряд других пробирок для получения нужного объема крови для различных исследований. Повторно вводить иглу в вену для этого не нужно.

11) После того как все необходимые пробирки будут наполнены, приложить сухую стерильную салфетку к месту венепункции и извлечь иглу.

III Окончание процедуры:

1) Использованную иглу вместе с одноразовым держателем поместить в контейнер для острых предметов. Многообразные держатели отсоединяются путем помещения иглы в специальное отверстие в крышке контейнера. Игла откручивается от держателя, оставаясь в контейнере. В целях предотвращения контакта с кровью запрещается разбирать иглу и держатель в руках!

2) Убедиться, что наружного кровотечения у пациента в области венепункции нет.

3) Наложить давящую повязку на руку или бактерицидный пластырь.

4) Обработать руки в перчатках дезинфицирующим средством.

5) Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал. Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.

6) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

7) Уточнить у пациента его самочувствие.

8) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию или оформить направление.

9) Организовать доставку пробирок с полученным лабораторным материалом в лабораторию

50. Промывание с применением желудочного зонда (пациент в сознании).

I Подготовка к процедуре:

1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры.

Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру

промывания желудка (если он в сознании). В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

2) Усадить пациента на стул со спинкой или уложить на кушетку в положении на боку. Детей младшего возраста усадить на колени помощника.

3) Измерить артериальное давление, подсчитать пульс, если состояние пациента позволяет это сделать.

4) Снять зубные протезы у пациента (если они есть).

5) Обработать руки гигиеническим способом, осушить, надеть перчатки, фартук.

6) Поставить таз к ногам пациента или к головному концу кушетки, если положение пациента лежа.

7) Измерить шелковой нитью расстояние от резцов до пупка плюс ширина ладони пациента. Глубина введения зонда у ребенка определяется от переносицы до пупка или от мочки уха до кончика носа и до конца мечевидного отростка.

8) Перенести метку на зонд, начиная от закругленного конца.

9) Взять зонд в правую руку как "писчее перо" на расстоянии 10 см от закругленного конца.

II Выполнение процедуры:

1) Встать сбоку от пациента.

2) Предложить пациенту открыть рот, слегка запрокинуть голову назад. Ребенка младшего возраста зафиксировать. Для этого левую руку положить на лоб ребенка, правой рукой охватить его руки (выполняет помощник). Ноги ребенка удерживаются скрещенными ногами помощника. Предварительно для лучшей фиксации обернуть больного в пеленку или простыню. Надеть на пациента фартук. Конец фартука опустить в емкость для сбора промывных вод. Детям младшего возраста положить на грудь пеленку.

3) Смочить слепой конец зонда водой или глицерином.

4) Положить зонд на корень языка, попросить пациента сделать глотательное движение одновременно с продвижением зонда.

5) Наклонить голову пациента вперед, вниз.

6) Медленно продвигать зонд вслед за глотательными движениями до метки, при этом попросить пациента глубоко дышать через нос.

7) Убедиться, что зонд в желудке "воздушной пробой" (присоединить шприц Жанэ, ввести воздух, с помощью фонендоскопа прослушать появление булькающих звуков). Во время введения зонда ребенку обратить внимание на его состояние (отсутствие кашля и цианоза).

8) Продвинуть зонд на 7-10 см.

9) Присоединить воронку к зонду.

10) Опустить воронку ниже положения желудка пациента.

11) Заполнить воронку водой больше половины, держа ее наклонно. Для детей на первую порцию берется жидкость из расчета не более 15 мл/кг массы тела. При последующих введениях количество вводимой жидкости должно соответствовать количеству выведенных промывных вод.

12) Медленно поднять воронку выше уровня желудка так, чтобы вода поступала из воронки в желудок.

13) Как только вода достигнет устья воронки, быстро опустить воронку ниже уровня желудка, чтобы содержимое желудка наполнило воронку полностью.

14) При необходимости слить содержимое для бактериологического исследования в стерильную пробирку, для химического исследования - в емкость с притертой пробкой, а оставшуюся часть - в емкость для сбора промывных вод.

15) Повторить промывание несколько раз до чистых промывных вод.

16) Воронку снять, зонд извлечь через салфетку, смоченную дезинфицирующим средством.

III Окончание процедуры:

1) Поместить зонд, воронку в контейнер с дезинфицирующим средством, салфетку - в контейнер.

- 2) Промывные воды подвергнуть дезинфекции.
- 3) Дать пациенту прополоскать рот, обтереть полотенцем вокруг рта.
- 4) Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.
- 5) Пациента проводить в палату, тепло укрыть, наблюдать за состоянием.
- 6) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 7) Уточнить у пациента его самочувствие.
- 8) Отметить в листе назначений о выполненной процедуре

51. Алгоритм введения лекарственных препаратов с помощью клизм.

I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 2) Подготовьте все необходимое оснащение для выполнения данной процедуры.
- 3) Отгородить пациента ширмой (если процедура выполняется в многоместной палате).
- 4) Попросить пациента принять позу: положение на левом боку, ноги согнуты в коленях. Если пациенту противопоказано положение на боку, он может находиться в положении лежа на спине с согнутыми в коленях и разведенными в стороны ногами.
- 5) Подложить под ягодицы и бедра пациента клеенку и пеленку.
- 6) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 7) Надеть фартук и нестерильные перчатки.

II Выполнение процедуры:

- 1) Набрать в грушевидный баллон теплого лекарственного препарата температурой 37-38°C (количество вводимого лекарственного препарата определяет врач).
- 2) Закругленный конец газоотводной трубки смазать вазелином на протяжении 30 см.
- 3) Закругленный конец трубки взять в правую руку как "писчее перо", а свободный конец зажать 4 и 5 пальцами.
- 4) Раздвинуть ягодицы 1 и 2 пальцами левой руки. Правой рукой ввести газоотводную трубку на глубину 15-30 см (первые 3-4 см - по направлению к пупку, а остальные - по направлению позвоночника) так, чтобы наружный конец выступал не менее 10 см. У детей младшего возраста глубина введения трубки 6-15 см, с 10-12 лет вводить на глубину 15-30 см.
- 5) При однократном введении: присоединить к трубке грушевидный баллон или шприц и медленно ввести лекарственный препарат. Не разжимая грушевидный баллон, отсоединить его от газоотводной трубки, извлечь газоотводную трубку и поместить ее вместе с грушевидным баллоном в лоток.
- 6) При капельном введении: большим и указательным пальцами левой руки раздвинуть ягодицы, а правой рукой ввести наконечник в прямую кишку; отрегулировать скорость вливания раствора.
- 7) Укрыть пациента одеялом.
- 8) По окончании процедуры вытереть салфеткой (или туалетной бумагой) кожу в области анального отверстия (у женщин в направлении спереди назад).

III Окончание процедуры:

- 1) Поместить бумагу в пластиковый пакет или лоток.
- 2) Снять фартук, перчатки, газоотводную трубку, наконечник поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.
- 3) Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептического раствора).
- 4) Если процедура проводилась в манипуляционной, сопроводить пациента в палату.
- 5) Уточнить у пациента его самочувствие.
- 6) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинской документации

Библиография

1. Номенклатура медицинских услуг (Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, 2011 г.)
2. ГОСТ Р 52623.3-2015 Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода
3. ГОСТ Р 52623.4-2015 Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств

**Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения Республики
Крым «Черноморская Центральная Районная Больница»**

**План профилактических и
противоэпидемических мероприятий в
ГБУЗ РК «Черноморская ЦРБ»**

Черноморск 2020 г

Оглавление

Введение

- Раздел 1. Противомикробные мероприятия. Общая характеристика
- Раздел 2. Камерная дезинфекция
- Раздел 3. Ультрафиолетовое облучение
- Раздел 4. Методы контроля качества дезинфекции
- Раздел 5. Предстерилизационная очистка
- Раздел 6. Стерилизация. Методы стерилизации
- Раздел 7. Сроки сохранения стерильности материалов
- Раздел 8. Безопасность медицинского персонала
- Раздел 9. Обработка рук, операционного и инъекционного полей
- Раздел 10. Регистрация и мероприятия при аварийных ситуациях
- Раздел 11. 7 правил универсальных мер безопасности медицинского персонала от инфекции
- Раздел 12. Санитарно-противоэпидемический режим
- Раздел 13. Особенности организации санитарно-противоэпидемического режима подразделения различного профиля
- Раздел 14. Санитарное содержание помещений, оборудования, инвентаря
- Раздел 15. Уборка помещений по типу текущей дезинфекции
- Раздел 16. Уборка по типу заключительной дезинфекции
- Раздел 17. Бельевой режим
- Раздел 18. Гигиенические требования при организации питания больных в отделении
- Раздел 19. Классификация медицинских отходов
- Раздел 20. Изоляционно-ограничительные мероприятия
- Раздел 21. Общие сведения по госпитальным инфекциям
- Раздел 22. Вирусные гепатиты. Общие сведения
- Раздел 23. ВИЧ-инфекция
- Раздел 24. Нормативная документация

Введение

План профилактических и противоэпидемических мероприятий в лечебно-профилактических учреждениях является отражением качества оказания медицинской помощи. Соблюдение принципов организации позволяет снизить частоту внутрибольничных инфекций в стационарах различного профиля, длительность пребывания пациентов в стационаре и экономические расходы, связанные с госпитализацией.

Методические рекомендации подготовлены с целью повышения информированности сотрудников ГБУЗ РК «Черноморская ЦРБ» о рациональном применении дезинфицирующих средств (далее ДС), для создания системы выбора, оценки эффективности, распределения и применения ДС.

В настоящем инструктивно-методическом пособии представлены основные методы дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации, методы контроля их качества. Особое внимание уделяется методике мытья рук, безопасности медицинского персонала при работе с биологическими жидкостями. Рассматриваются вопросы, связанные с организацией санитарно-противоэпидемического режима в стационарах различного профиля, бельевого режима, питания больных, проведения текущей и заключительной дезинфекции, утилизацией отходов.

Для обеспечения инфекционной безопасности как пациентов, так и персонала, в инструктивно-методическом пособии представлены основные изоляционно-ограничительные мероприятия и алгоритм действия медицинского персонала при поступлении инфицированных пациентов. Инструктивно-методическое пособие составлено в соответствии с действующими нормативными документами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и предназначено для медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений.

Раздел 1

Противомикробные мероприятия. Общая характеристика

Противомикробные мероприятия - совокупность способов и методов уничтожения, подавления жизнедеятельности, снижения численности популяции и ограничения распространения возбудителей инфекций в целях лечения, предупреждения развития распространения инфекционных заболеваний (рис.1).

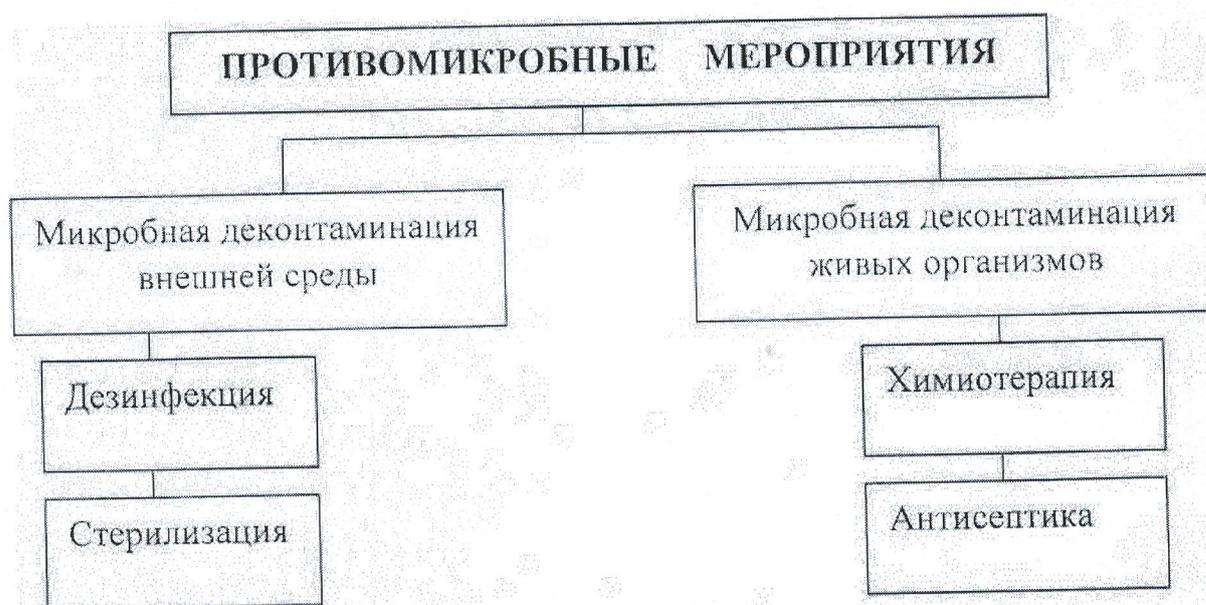


Рис.1. Противомикробные мероприятия

Стерилизация - совокупность физических и химических способов полного освобождения объектов внешней среды от вегетативных и споровых форм микроорганизмов.

Антисептика - Совокупность способов удаления, уничтожения или подавления жизнедеятельности микроорганизмов в ранах, на коже, слизистых оболочках, полостях в целях лечения и предупреждения развития инфекционного процесса.

Химиотерапия - меры, направленные на прямое уничтожение или подавление возбудителей во внутренней среде организма в целях лечения или профилактики инфекционных и паразитарных болезней.

Дезинфекция - частичное, селективное уничтожение потенциальных возбудителей инфекционных болезней на объектах внешней среды с целью разрыва путей передачи возбудителей инфекционных заболеваний от источников инфекций к восприимчивым людям.

Различают следующие виды и методы дезинфекции (рис.2).



Рис.2. Виды и методы дезинфекции

Очаговая дезинфекция - проводится в очагах инфекционных заболеваний и подразделяется на текущую и заключительную.

Текущая дезинфекция - проводится в действующем эпидемическом очаге в присутствии источника инфекции с целью снижения массивности микробной контаминации окружающей больного внешней среды.

Заключительная дезинфекция - предполагает полное уничтожение возбудителей болезни в очаге после удаления из него источника инфекции (госпитализации в инфекционный стационар, выздоровления, выезда, смерти).

Профилактическая дезинфекция - проводится в отсутствие источника инфекции с целью предотвращения накопления во внешней среде возбудителей инфекционных болезней.

Различают физические, химические и биологические методы дезинфекции.

Физические методы дезинфекции:

- **Механические** - чистка, влажная уборка, стирка, выколачивание, вытряхивание, проветривание, фильтрация.
- **Термические** - воздействие сухого горячего воздуха, водяного пара, горячей воды, обжигание, прокаливание, сжигание, пастеризация, тиндализация, холод, высушивание.
- **Лучистые** - солнечный свет, ультрафиолетовые лучи.

Химические методы дезинфекции - основаны на применении различных химических веществ (дезинфицирующие средства, антисептики и др.), обладающих антимикробным действием.

Биологические методы дезинфекции - основаны на применении различных биологических веществ, обладающих антимикробным действием (биотермические камеры, компостирование, бактериофаги и т.д.).

При выборе ДС необходимо учитывать:

1. Особенности обрабатываемого объекта (материал, форма, размеры, наличие загрязнений органической и неорганической природы и др.);
2. Биологические свойства микроорганизмов (устойчивость к физическим и химическим дезинфицирующим агентам и длительность выживания на объектах внешней среды, вид и форма существования);
3. Особенности ДС (действующие вещества и их концентрации, растворимость в воде, спектр антимикробного действия, способы применения, токсичность, препараты не должны иметь раздражающее действие на верхние дыхательные пути человека, непродолжительное воздействие на обработанную поверхность из-за уменьшения

концентрации активного вещества в рабочем растворе с течением времени; вызывают порчу ткани при стирке белья, коррозию механизмов стиральных агрегатов, рабочих поверхностей из дерева и пластика.)

Критерии отбора ДС:

1. Наличие государственной регистрации;
2. Широкий диапазон целевого назначения;
3. Широкий спектр целевой эффективности;
4. Высокие потребительские свойства;
5. Наличие успешной апробации в учреждениях;
6. Экономичность в применении;
7. Возможность применения в присутствии людей.

Классификация ДС:

Для дезинфекции помещений и оборудования могут применяться дезинфектанты из нескольких классов химических соединений:

1) - 1 группа - галогенсодержащие. В этот класс входят, в основном, хлорсодержащие дезинфектанты. Хлорсодержащие дезинфицирующие средства - в качестве основного компонента выступают неорганические соединения хлора. Чаще всего используются для дезинфекции надворных туалетов типа «Септик», выгребных ям и канализационных колодцев, контейнеров и площадок для сбора бытового мусора, биологических выделений, крови и т.д.

Использование хлорсодержащих препаратов не рекомендуется при стирке и обработке постельного белья, одежды, личных вещей, так как активный хлор причиняет порчу тканей, укорачивая сроки износа. В режиме автоматической стирки может вызывать деформацию резиновых и пластиковых деталей, коррозию металлических узлов и агрегатов стиральных машин.

2) - 2 группа - кислородсодержащие соединения. К этому классу относятся дезинфектанты на основе перекисных соединений. Большинство средств обладает широким спектром антимикробного действия, не имеет запаха, но корродирует металлы.

3) - 3 группа - поверхностно-активные соединения (ПАВ). В него входят четвертичные аммониевые соединения и амфотерные поверхностно-активные соединения.

Для проведения дезинфекционных мероприятий препараты, относящиеся к кислородсодержащим соединениям и ПАВ предпочтительнее, вследствие их экологичности, отсутствия резкого запаха, низкого уровня токсичности, а также эти препараты обладают моющим эффектом, не корродируют металлы. Отличительной особенностью этих соединений является то, что они имеют узкий спектр антимикробного действия, так как не все из них убивают вирусы, не убивают споры при комнатной температуре.

4) - 4 группа - альдегидсодержащие средства. Активно действующими веществами являются альдегиды, глуксаль и композиционные средства на их основе. Обладают широким спектром антимикробного действия, но фиксируют белковые загрязнения на объектах, раздражают верхние дыхательные пути.

5) - 5 группа - гуанидинсодержащие вещества. В эту группу ДС входят препараты, активно действующими веществами которых являются: полигексаметиленгуанидин фосфат, хлоргексидин биглюконат и другие. Особенностью этой группы средств является образование на обработанных поверхностях пленки, обеспечивающей длительное остаточное бактерицидное действие, они имеют узкий спектр антимикробной активности.

6) - 6 группа - спиртсодержащие вещества. В эту группу входят ДС, действующим веществом которых являются спирты, а также комбинированные вещества на их основе в сочетании с другими действующими веществами. ДС этой группы не действуют на микроорганизмы образующие споры.

7) – 7 группа – фенолсодержащие вещества. К этой группе ДС, разрешенных для применения в ЛПУ, относятся средства на основе 2-бифенола. Они не активны в отношении вирусов и споровых форм бактерий.

8) – 8 группа – дезинфицирующие вещества на основе кислот. Для дезинфекции используются неорганические и органические кислоты. Неорганические кислоты обладают более сильным и более широким спектром антимикробного действия, чем органические.

Расчет потребности ДС:

1. Расчёт потребности проводит руководитель структурного подразделения на основании СанПиН 2.1.3.2630-10.

Расчёт ведётся отдельно для каждого дезинфицирующего средства, используемого (планируемого для использования) на объекте.

2. Ведется журнал учёта расхода дезинфицирующего средства в каждом структурном подразделении, в котором указывают расход дезинфицирующего средства для каждого помещения и объекта дезинфекции.

4. Обязательно учитываются объекты обеззараживания и способ обеззараживания - протирание (орошение) или погружение.

5. Необходимо учитывать, что при текущей уборке проводится обработка оборудования, мебели и других предметов, находящихся в помещении, протирание пола, санитарно-технического оборудования; при генеральной, помимо отмеченного, осуществляется обработка внутренних поверхностей.

6. При планировании расхода дезсредств для обработки поверхностей следует производить расчет, исходя из норм расхода рабочего раствора на 1 кв.м обрабатываемой площади в соответствии с действующими методическими указаниями по применению каждого ДС.

Журнал учёта ДС

ПРИХОД					
дата	Название дезсредства	Откуда получено № требования	Срок годности	количество	Ф.И.О, подпись м/с

РАСХОД						
дата	объект дезинфекции	Название дезсредства	Метод дезинфекции	Кол-во	Остаток	Ф.И.О подпись м/с

Учет получения и расходования ДС осуществляется назначенным лицом, ответственным за хранение, получение, расход дезинфицирующих средств и проведение дезинфекционных работ. Контроль наличия и ведение учета расходования дезинфицирующих средств осуществляют старшие сёстры отделений.

В ЛПУ должен быть не менее чем месячный запас разнообразных дезинфицирующих средств (ДС) различного химического состава и назначения в соответствии с расчетной потребностью. В целях предупреждения возможного формирования резистентных к дезинфектантам штаммов микроорганизмов следует проводить мониторинг устойчивости госпитальных штаммов к применяемым дезинфицирующим средствам с последующей их

ротацией (последовательная замена дезинфектанта из одной химической группы на дезинфектант из другой химической группы) при необходимости.

Раздел 2

Камерная дезинфекция

Камерная дезинфекция является одним из существенных звеньев противомикробных мероприятий. Используется после выписки каждого больного из отделения или является обязательным мероприятием в очаге инфекции для обеззараживания хлопчатобумажных, шерстяных, суконных, кожаных и меховых вещей, матрацев, одеял, подушек, утиля, документов и книг.

В зависимости от действующего агента дезинфекционные камеры делятся на 4 группы:

- Паровые, в которых обеззараживание производится насыщенным текучим водяным паром в условиях повышенного давления.
- Горячевоздушные - сухим нагретым воздухом.
- Пароформалиновые - пароформальдегидная смесь и увлажненный нагретый воздух.
- Газовые - химические газовые вещества (сернистый ангидрид, окись этилена, метилбромид, хлорпикрин др.)

ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ ДЕЗИНФЕКЦИИ (ДЕЗИНСЕКЦИИ) ОДЕЖДЫ И ПОСТЕЛЬНЫХ ПРИНАДЛЕЖНОСТЕЙ В ДЕЗИНФЕКЦИОННОЙ КАМЕРЕ

NN п/п	Дата	Ф.И.О.	Диагноз заболевания	Количество объектов дезинфекции (штук)					
				матрац ы	одеял а	подушки	одежда	обувь	прочие вещи
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Разворот приложения 6

Режим дезинфекции (дезинсекции)	Время дезинфекционной выдержки		Подпись дезинфектора
	начало (час., мин.)	конец (час., мин.)	
11	12	13	14

Примечание: В случае проведения профилактической камерной дезинфекции заполняются все графы журнала, кроме графы 4 "Диагноз заболевания". В случае проведения камерной обработки по эпидемическим показаниям (при выявлении больного инфекционным заболеванием) заполняются все графы журнала с обязательным указанием диагноза заболевания.

Раздел 3

Ультрафиолетовое облучение

УФ облучение осуществляется палатными медицинскими сестрами 2 раза в сутки после проведения влажной уборки помещений. Составляется график дезинфекции воздуха в помещении (примерный график табл. №1) После кварцевания помещение проветривается (кроме помещений класса А)

График дезинфекции воздуха в процедурном кабинете

Таблица №1

Дни недели	Время проведения	Длительность дезинфекции	Итого за сутки
Ежедневно, кроме четверга			
Четверг (генеральная уборка)			
		1 час после генеральной уборки	

Таблица №2. Допустимые уровни бактериальной обсемененности воздушной среды помещений ЛПУ в зависимости от их функционального назначения и класса чистоты.

№	Класс чистоты	Название помещения	Санитарно-микробиологические показатели			
			Общее количество микроорганизмов в 1 м ³ воздуха (ОМЧ), КОЕ/м ³		Количество колонии <i>Staphylococcus aureus</i> в 1 м ³ воздуха, КОЕ/м ³	
			До начала работы	Во время работы	До начала работы	Во время работы
1	Особо чистые (А)	Операционные, послеоперационные палаты, реанимационные залы (палаты), в том числе для ожоговых больных, палаты интенсивной терапии, родовые, манипуляционные-туалетные для новорожденных. Аптеки - помещения для приготовления лекарственных форм в асептических условиях.	Не более 200	Не более 500	Не должно быть	Не должно быть
2	Чистые (Б)	Послеродовые палаты, палаты для ожоговых больных, палаты для лечения пациентов в асептических условиях, в том числе для иммунокомпрометированных. Послеродовые палаты с совместным пребыванием ребёнка, палаты для недоношенных, грудных, травмированных,	Не более 500	Не более 750	Не должно быть	Не должно быть

		<p>новорожденных (второй этап выхаживания). Рентгенооперационные, в том числе ангиографические. Стерилизационные при операционных.</p> <p>ЦСО - чистая и стерильная зоны (контроля, комплектования и упаковки 1 чистых инструментов, помещения для подготовки перевязочных и операционных материалов и белья, стерилизации, экспедиции).</p> <p>Процедурные и асептические перевязочные, процедурные бронхоскопии.</p> <p>Малые операционные.</p> <p>Ассистенская, дефектарская, заготовочная и фасовочная, закаточная и контрольно--маркировочная, стерилизационная - автоклавная, дистилляционная.</p>				
3	Условн о- чистые (В)	<p>Шлюзы в боксах и полубоксах инфекционных отделений.</p> <p>Боксы палатных отделений, боксированные палаты.</p> <p>Палатные секции инфекционного отделения в том числе туберкулёзные.</p> <p>Палаты для взрослых больных, помещения для матерей детских отделений.</p> <p>Шлюзы перед палатами для новорожденных</p> <p>Кабинеты врачей, помещения дневного пребывания пациентов. Кабинеты функциональной диагностики, процедурные эндоскопии (кроме бронхоскопии).</p> <p>Залы лечебной физкультуры.</p> <p>Процедурные магнитно-резонансной томографии. Процедурные с применением амиазина.</p> <p>Процедурные для лечения нейролептиками.</p>	Не нормируются			
4	Грязн ые (Г)	<p>ЦСО - грязная зона (приема, разборки, мытья и сушки медицинских инструментов и изделий медицинского назначения) Диспетчерские, комнаты персонала комнаты отдыха пациентов после процедур</p> <p>Процедурные и раздевальные рентгенодиагностических флюорографических кабинетов, кабинеты электросветолечения, массажный кабинет.</p> <p>Комнаты управления рентгеновских кабинетов и радиологических отделений, фотолаборатории.</p> <p>Монтажные и моечные кабинетов искусственной почки, эндоскопии, аппаратов искусственного кровообращения, растворные-деминерализационные.</p> <p>Ванные залы (кроме радоновых), помещения подогрева парафина и озокерита, лечебные плавательные бассейны. Помещения (комнаты) для санитарной обработки больных, душевые.</p> <p>Раздевальные в отделениях водо- и грязелечения.</p>	Не нормируются			

	Помещения радоновых ванн, залы и кабинеты грязелечения для полосных процедур, душевые залы. Помещения для хранения и регенерации грязи.	
--	---	--

Время расчета ультрафиолетового облучения помещений проводит главный инженер или другое ответственное лицо по учету бактерицидных установок. Экспозиция облучения зависит от типа и объема помещения, типа бактерицидной установки и фиксируется ответственным лицом в журнал по установленной форме в соответствии с методическим руководством Р.3.5.1904-04 «Использование ультрафиолетового бактерицидного излучения для обеззараживания воздуха в помещениях».

Журнал учёта работы бактерицидных ламп

Журнал состоит из двух частей. В первую часть заносятся следующие сведения:

Регистрация ультрафиолетовой бактерицидной установки.

Наименование и габариты установки	
Инвентарный номер и месторасположения установки	
Дата ввода бактерицидной установки в эксплуатацию	
Система обеззараживания (облучатели или приточно-вытяжная вентиляция)	
Условия обеззараживания (в присутствии или в отсутствии людей)	
Режим облучения (непрерывный или повторно-кратковременный и интервал между сеансами облучения)	
Вид микроорганизма (санитарно-показательный или иной)	
Срок замены ламп (установленный срок службы)	

**Сведения по очистке ламп и отражателей от пыли,
замене фильтра бактерицидной установки**

Дата	Кол-во отработанных часов за всё время	Фамилия И.О. старшей медицинской сестры

Во второй части журнала содержится перечень контролируемых параметров

Дата	Текущая уборка		Генеральная уборка		Подпись	Количество часов работы (итоговое)		
	вкл	выкл	вкл	выкл		За месяц	За год	всего

. Уход за бактерицидным облучением проводится после отключения от сети электропитания:

- не реже 1 раза в месяц (во время генеральной уборки).Протирать наружные поверхности влажной мягкой салфеткой 3% раствором перекиси водорода с добавлением 0,5% моющего средства типа "Лотос"; отражатель - сухой мягкой салфеткой; лампу - салфеткой, смоченной в спирте.("Использование ультрафиолетового бактерицидного облучения для обеззараживания воздуха и поверхностей в помещениях" Р.3.1.638-98.)

Для оценки качества проведения дезинфекции проводятся следующие методы:

1. **Визуальный.**

2. **Химический** - химические экспресс-пробы на остаточное количество дезинфицирующих веществ.

3. **Бактериологический** - исследуют смывы с объектов внешней среды на микробную обсемененность и бактериологический тестовый контроль дезкамер.

Показатели удовлетворительного качества дезинфекционных мероприятий:

- Отрицательные результаты посевов проб со всех объектов внутрибольничной среды.
- Определение заниженных концентраций дезрастворов не более чем в 5 % отобранных проб.
- Выявление неудовлетворительных экспресс-проб на остаточное количество дезрастворов не более чем в 2% от числа поставленных проб каждого вида.
- Соответствие тестового бактериологического контроля режимам камерной дезинфекции.
- Показатели обсемененности воздуха, не превышающие установленные нормативы.
- Отсутствие в помещениях ЛПО грызунов, подтвержденное с применением субъективной оценки и объективных методов обнаружения.
- Отсутствие в помещениях ЛПО членистоногих, подтвержденное с применением субъективной оценки и объективных методов обнаружения.

Смывы с объектов внешней среды, бактериологический контроль воздуха и стерильность материалов проводит лицензированная бактериологическая лаборатория ЛПУ или Лаборатории Роспотребнадзора (согласно договора). Отбор проб производит специально обученный лаборант в стерильные емкости или пробирки. Медицинскому персоналу подразделений ЛПУ самостоятельно производить отбор проб запрещается!

Раздел 5

Предстерилизационная очистка

Предстерилизационной очистке должны подвергаться все изделия перед их стерилизацией с целью удаления белковых, жировых и механических загрязнений, а также лекарственных препаратов.

Разъемные изделия должны подвергаться предстерилизационной очистке в разобранном виде.

Предстерилизационная очистка должна осуществляться ручным или механизированным (с помощью специального оборудования) способом.

Механизированная предстерилизационная очистка должна производиться струйным, ротационным методами, ершеванием или с применением ультразвука с использованием поверхностно-активных веществ и других добавок.

Методика проведения механизированной очистки должна соответствовать инструкции по эксплуатации, прилагаемой к оборудованию.

Ершевание резиновых изделий не допускается.

Предстерилизационная очистка ручным способом должна осуществляться в последовательности в соответствии с ОСТ 42-21-2-85 «Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения. Методы, средства и режимы».

При использовании моющего раствора, содержащего 0,5% перекиси водорода и 0,5% синтетического моющего средства "Лотос", применяют ингибитор коррозии - 0,14% олеата натрия.

По окончании рабочей смены оборудование должно быть очищено механическим способом путем мытья с применением моющих средств.

Инструменты в процессе эксплуатации, предстерилизационной очистки,

стерилизации могут подвергаться коррозии. Инструменты с видимыми пятнами коррозии, а также с наличием оксидной пленки подвергаются химической очистке не более 1 - 2 раз в квартал.

В случае необходимости (продолжительность операций) инструмент можно оставить погруженным в моющий раствор с ингибитором коррозии до 7 часов.

Моющий раствор допускается применять до загрязнения (до появления розовой окраски, что свидетельствует о загрязнении раствора кровью, снижающем эффективности очистки). Моющий комплекс перекиси водорода с синтетическими моющими средствами можно использовать в течение суток с момента изготовления, если цвет раствора не изменился. Неизменный раствор можно подогревать до 6 раз, в процессе подогрева концентрация перекиси водорода не изменяется.

Методы контроля и показатели качества предстерилизационной очистки:

1. Контроль качества предстерилизационной очистки проводят центры Роспотребнадзора при плановой и внеплановой проверках ЛПУ.

Самоконтроль в ЛПУ проводят: в централизованных стерилизационных (ЦСО) ежедневно, в отделениях - ежедневно. Кроме того, контролирует не реже 1 раза в неделю старшая медицинская сестра (акушерка) ЦСО или отделения.

2. Контролю подлежит: в ЦСО - 1% от каждого наименования изделий, обработанных за смену, в отделениях - 1% одновременно обработанных изделий каждого наименования, но не менее 3 единиц.

3. Качество предстерилизационной очистки изделий оценивают путем постановки азопирамовой или амидопириновой пробы на наличие остаточных количеств крови, а также путем постановки фенолфталеиновой пробы на наличие остаточных количеств щелочных компонентов моющих средств.

4. Методика приготовления реактивов для постановки проб.

4.1. Азопирамовая проба.

4.1.1. Приготовление исходного раствора.

Для приготовления 1 л (куб. дм) исходного раствора азопирама отвешивают 100 г амидопирина и 1,0-1,5 г солянокислого анилина, смешивают их в сухой мерной посуде и доводят до объема 1 л (куб. дм) 95% этиловым спиртом. Смесь тщательно перемешивают до полного растворения ингредиентов.

Исходный раствор азопирама следует хранить в плотно закрытом флаконе в темноте. Допустимый срок хранения исходного раствора азопирама составляет 2 месяца при температуре 4 град. С (в холодильнике); при комнатной температуре (20+/-2 град. С) - не более 1 месяца. Умеренное пожелтение исходного раствора в процессе хранения без выпадения осадка не снижает рабочих свойств раствора.

4.1.2. Приготовление реактива азопирам.

Перед постановкой пробы готовят реактив азопирам, смешивая равные объемные количества исходного раствора азопирама и 3% раствора перекиси водорода. Реактив азопирам можно хранить не более 2 часов. При более длительном стоянии может появиться розовое спонтанное окрашивание реактива. При температуре выше +25 град. С раствор розовеет быстрее, поэтому его необходимо использовать в течение 30-40 мин. Не следует подвергать проверке горячие инструменты, а также хранить реактив азопирам на ярком свете и вблизи нагревательных приборов.

В случае необходимости пригодность реактива азопирам проверяют следующим образом: 2-3 капли реактива наносят на пятно крови. Если не позже чем через 1 мин появляется фиолетовое окрашивание, переходящее затем в сиреневый цвет, реактив пригоден к употреблению; если окрашивание в течение 1 мин не появляется, реактивом пользоваться не следует.

4.2. Амидопириновая проба.

Готовят 5% спиртовой раствор амидопирина на 95% этиловом спирте. Данный раствор должен храниться во флаконе с притертой пробкой в холодильнике; срок годности раствора - 1 месяц.

Готовят 30% раствор уксусной кислоты и 3% раствор перекиси водорода на

дистиллированной воде.

Смешивают равные количества 5% спиртового раствора амидопирина, 30% раствора уксусной кислоты и 3% раствора перекиси водорода. Реактив готовят перед применением.

4.3. Фенолфталеиновая проба.

Готовят 1% спиртовой раствор фенолфталеина на 95% этиловом спирте, раствор хранят во флаконе с притертой пробкой в холодильнике в течение месяца.

5. Методика постановки проб.

Контролируемое изделие протирают марлевой салфеткой, смоченной реактивом, или наносят 2-3 капли реактива на изделие с помощью пипетки.

В шприцы вносят 3-4 капли рабочего раствора реактива и несколько раз продвигают поршнем для того, чтобы смочить реактивом внутреннюю поверхность шприца, особенно места соединения стекла с металлом, где чаще всего остается кровь; реактив оставляют в шприце на 1 мин, а затем вытесняют на марлевую салфетку. При проверке качества очистки игл реактив набирают в чистый, не имеющий следов коррозии шприц. Последовательно меняя иглы, через них пропускают реактив, вытесняя 3-4 капли на марлевую салфетку.

Качество очистки катетеров и других полых изделий оценивают путем введения реактива внутрь изделия с помощью чистого шприца или пипетки. Реактив оставляют внутри изделий на 1 мин, после чего сливают на марлевую салфетку.

6. Учет результатов постановки проб.

При положительной азопирамовой пробе в присутствии следов крови немедленно или не позднее, чем через 1 мин, появляется вначале фиолетовое, затем быстро в течение нескольких секунд переходящее в розово - сиреневое или буроватое окрашивание реактива.

Азопирам, кроме гемоглобина, выявляет наличие на изделиях остаточных количеств пероксидаз растительного происхождения (растительных остатков), окислителей (хлорамина, хлорной извести, стирального порошка с отбеливателем, хромовой смеси для обработки посуды и др.), а также ржавчины (окислов и солей железа) и кислот. При наличии на исследуемых изделиях ржавчины и указанных окислителей наблюдается бурое окрашивание реактива, в остальных случаях происходит окрашивание в розово - сиреневый цвет.

При положительной амидопириновой пробе о наличии на изделиях остаточных количеств крови свидетельствует немедленное или не позже чем через 1 мин после контакта реактива с кровью, появление сине - фиолетового окрашивания различной интенсивности. При постановке азопирамовой и амидопириновой проб окрашивание реактивов, наступившее позже чем через 1 мин после постановки пробы, не учитывается.

При положительной фенолфталеиновой пробе о наличии на изделиях остаточных количеств щелочных компонентов моющего средства свидетельствует появление розового окрашивания реактива.

В случае положительной пробы на кровь или на остаточные количества щелочных компонентов моющих средств, всю группу контролируемых изделий, от которой отбирали контроль, подвергают повторной очистке до получения отрицательных результатов.

Результаты контроля отражают в журнале по форме N 366/у (таблица 5).

Показатели удовлетворительного качества предстерилизационной очистки:

- Отсутствие положительных проб на скрытую кровь.
- Отсутствие положительных проб на остаточное количество моющего комплекса.

Министерство здравоохранения РФ Наименование учреждения	Медицинская документация. Форма N 366/у. Утверждена Минздравом СССР 04.10.80. пр. N 1030
--	---

**ЖУРНАЛ
 УЧЕТА КАЧЕСТВА ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ ОБРАБОТКИ**

Начат « ___ » _____ 20 г. Окончен « ___ » _____ 20 г.

Дата	Способ обработки	Применяемое средство	Результаты выборочного химического контроля обработанных изделий			Фамилия лица, проводившего контроль	
			Наименование изделий	Количество (штук)	Из них загрязненных кровью		Моющими средствами
1	2	3	4	5	6	7	8

Раздел 6

Стерилизация. Методы стерилизации

Стерилизация - совокупность физических и химических способов полного освобождения объектов внешней среды от вегетативных и споровых форм микроорганизмов.

Различают следующие методы стерилизации:

Паровой метод стерилизации стерилизующим агентом является водяной насыщенный пар. Метод используется для стерилизации инструментов, перчаток, шовного и перевязочного материалов, белья, питательных сред и лекарственных растворов, резиновых и силиконовых изделий. Стерилизация проводится в автоклаве:

Режим для термостабильных материалов (белье, мягкий материал, инструменты):

- $t = 132^{\circ}\text{C}$ ($2,0 \text{ кгс/см}^3$) - 20 минут;
- для форвакуумных стерилизаторов нового поколения: $t = 134^{\circ}\text{C}$ ($2,1 \text{ кгс/см}^3$) - 5 минут.

Режим для термолабильных материалов (резиновые или силиконовые дренажи, перчатки и др):

- $t = 120^{\circ}\text{C}$ ($1,1 \text{ кгс/см}^3$) - 45 минут
- для форвакуумных стерилизаторов нового поколения: 126°C - ($1,4 \text{ кгс/см}^3$) - 10 мин.

Воздушный метод стерилизации стерилизующим агентом является сухой горячий воздух. Метод предназначен для стерилизации инструментов, лабораторной и аптечной посуды, а также изделий, которые не могут стерилизоваться паром (тальк, масло). Инструменты в воздушном стерилизаторе размещают в один слой открыто на лотках или упаковывают в бумагу (крафт-пакеты). Хранение стерильных изделий в воздушных стерилизаторах недопустимо. Стерилизация проводится в воздушных стерилизаторах:

- $t = 200^{\circ}\text{C}$ - 10 минут (для стерилизаторов нового поколения)
- $t = 180^{\circ}\text{C}$ - 60 минут
- $t = 180^{\circ}\text{C}$ - 45 минут (для стерилизаторов нового поколения)
- $t = 160^{\circ}\text{C}$ - 150 минут

В стоматологических медицинских организациях допускается применять гласперленовые стерилизаторы, в которых стерилизуют боры различного вида и другие мелкие инструменты при полном погружении их в среду нагретых стеклянных шариков. Не рекомендуется использовать данный метод для стерилизации рабочих частей более крупных стоматологических инструментов, которые невозможно полностью погрузить в среду нагретых шариков.

Инфракрасный метод: используется инфракрасное излучение. Инфракрасным методом стерилизуют стоматологические и некоторые другие инструменты из металлов.

Химический метод стерилизации стерилизующим веществом является жидкое или газообразное химическое вещество:

При химическом методе стерилизации жидкими стерилиантами необходимо обязательное отмывание простерилизованного объекта от остатков стерилизующего вещества стерильной водой (не менее 2 раз). После отмывания стерильные изделия выкладывают на стерильный стол или заворачивают в стерильную простынь и помещают в простерилизованный бикс, в котором изделия могут храниться до 3-х суток. К персоналу, проводящему стерилизацию, предъявляются высокие требования - он должен готовиться к стерилизации как к работе в операционной: работа проводится в стерильном халате, бахилах, маске, стерильных перчатках.

Радиационный метод: стерилизующим агентом являются гамма- и бета-излучение. Проводится только в заводских условиях, требует создания систем защиты персонала от радиации.

Механические способы стерилизации предусматривают фильтрование жидкостей через мелкопористые фильтры, пропускание воздуха через бактерицидные фильтры, «промывание» какого-либо помещения (например, бокса) ламинарным потоком стерильного воздуха.

Сроки сохранения стерильности материалов

Сроки сохранения стерильности материалов зависит от метода стерилизации и материала упаковки.

16

Срок хранения материалов, простерилизованных в двойной упаковке из бязи, пергаменте, бумаге (мешочной недронитанной и мешочной влагопрочной), в стерилизационной коробке, выложенной стерильной простыней (для изделий, стерилизованных растворами химических препаратов) равен 3 суткам, в стерилизационных коробках с фильтром - 20 суткам.

Для изделий, стерилизованных в полиэтиленовой упаковке, срок хранения материалов до 5 лет, в крафт-пакетах - от 20 суток до 2 месяцев, в комбинированных полимерных пакетах - от 6 месяцев до 1 года. Упаковочный материал используют однократно.

Изделия медицинского назначения, простерилизованные в стерилизационных коробках без упаковки, допускается извлекать для использования из стерилизационных коробок не более чем в течение 6 часов после их вскрытия. Как исключение, одним из методов хранения простерилизованных изделий медицинского назначения является использование ультрафиолетовых камер, которые обеспечивают длительный срок хранения - от 3-х до 7 суток).

Внимание! Ультрафиолетовые лучи стерилизующим действием не обладают!

Хранение изделий, простерилизованных в упакованном виде, осуществляют в шкафах, рабочих столах. Сроки хранения указываются на упаковке и определяются видом упаковочного материала согласно инструкции по его применению. Дата вскрытия стерильной упаковки указывается на упаковке.

Внимание! Изделия, стерилизованные без упаковки, должны быть использованы непосредственно после стерилизации!

Методы контроля качества стерилизации:

Методы и средства контроля работы паровых и воздушных стерилизаторов в соответствии с ОСТ 42-21-2-85 «Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения. Методы, средства и режимы».

Проверку температурного режима осуществляют с помощью максимальных термометров, которые помещают в контрольные точки стерилизаторов. Предельные отклонения температуры в различных точках стерилизационной камеры от номинальных значений температур стерилизации должны соответствовать нормативным показателям. Для контроля температуры используют также химические индикаторы (индикаторы типа ИС, «Стериконт», «Стеритест», химические тесты и др.), которые помещают в контрольные точки.

Индикаторы типа ИС, «Стериконт», «Стеритест» представляют собой полоску бумаги с нанесенным на нее индикаторным слоем и предназначены для оперативного визуального контроля совокупности параметров (температура, время и др.) режимов работы паровых и воздушных стерилизаторов. Медицинский персонал, использующий средства физического и химического контроля, регистрирует результаты контроля в журнале по форме №257/у (табл.6).

Бактериологический контроль работы стерилизационной аппаратуры осуществляют с помощью биотестов на основании гибели спор термоустойчивых микроорганизмов. Биотесты представляют собой дозированное количество спор тест-культуры на носителе, помещенном в упаковку, которая предназначена для сохранения целостности носителя со спорами и предупреждения вторичного обсеменения после стерилизации. Биотесты помещают в те же контрольные точки стерилизационной камеры, что и средства физического и химического контроля.

Стерилизаторы подлежат бактериологическому контролю после их установки (ремонта), а также в ходе эксплуатации не реже двух раз в год в порядке производственного контроля.

Техническое обслуживание, гарантийный и текущий ремонт стерилизаторов осуществляют специалисты сервисных служб.

Показатели удовлетворительного качества стерилизации:

- Отсутствие роста микроорганизмов при посевах всех биологических тестов в питательные среды;
- Изменение исходного состояния (цвет, агрегатное состояние) химического индикатора;
- Отсутствие высева микрофлоры со стерильных изделий.

Министерство здравоохранения РФ Наименование учреждения	Медицинская документация. Форма N 257/у. Утверждена Минздравом СССР 04.10.80. пр. N 1030
--	---

**ЖУРНАЛ
 РАБОТЫ СТЕРИЛИЗАТОРОВ ВОЗДУШНОГО, ПАРОВОГО (АВТОКЛАВА)**

Начат " ___ " 20 ___ г. Окончен " ___ " 20 ___ г.

Дата	Марка, № стерилизатора воздушного, парового	Стерилизуемые изделия		Упаков- ка	Время стерилизации (мин.)		Режим			Тест - контроль			Подпись
		наименование	количество		начало	конец	давление	температура	биологический	термический	химический		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	

Раздел 8

Безопасность медицинского персонала

Важный момент в профилактике ВБИ у персонала - личная гигиена. К правилам личной гигиены относятся: ежедневный душ, при этом особое внимание обращается на волосы и ногти; своевременная смена халатов и другой личной одежды; защита рта и носа (одноразовыми средствами защиты) и поворот головы в сторону от находящихся рядом людей при кашле и чихании; соблюдение технологии мытья рук.

Защитная одежда:

- хлопчатобумажная сорочка или костюм: рубашка и брюки;
- медицинский халат;
- шапочка;
- перчатки;
- обувь, подлежащая мытью и дезинфекции, разовая маска.
- пластиковые очки или лицевая маска «Барьер»;

Перчатки:

При малейшей возможности контакта с кровью или жидкими выделениями организма, слизистыми оболочками или поврежденной кожей любого пациента, а также при наличии порезов или других повреждений собственной кожи необходимо использование перчаток.

Перчатки следует менять перед каждым пациентом и перед работой с биологическими жидкостями. Использованные перчатки подлежат утилизации. Не допускается использование одной и той же пары перчаток при контакте (для ухода) с двумя и более пациентами, при переходе от одного пациента к другому или от контаминированного микроорганизмами участка тела к чистому. После снятия перчаток проводят обработку рук кожным антисептиком.

Стерильные перчатки надеваются для выполнения асептических процедур.

Маски:

Необходимы для избежания воздушно-капельного переноса микроорганизмов, а также при наличии вероятности попадания в рот и нос биологических жидкостей пациентов при работе.

Маски следует заменять, когда они станут влажными. Нельзя опускать их на шею, использовать повторно. Все маски должны полностью закрывать рот и нос. Производить замену маски не реже чем через 3 часа.

Защита для глаз:

Защитные барьеры (щитки, очки) для глаз и лица необходимы, чтобы предохранить глаза от брызг крови или жидких выделений организма. Защитные очки и лицевую маску тщательно моют теплой водой с мылом в конце рабочего дня и протирают насухо стерильной салфеткой. Хранят в шкафу на полке вместе с аптечкой первой помощи.

Халаты и фартуки:

Основная цель халатов и полиэтиленовых фартуков — исключить попадание биологических жидкостей пациентов на одежду и кожу персонала. Смена халата производится ежедневно или чаще, если это необходимо. Запрещается производить стирку халатов на дому.

Раздел 9

Обработка рук, операционного и инъекционного поля.

Оснащение рабочего места:

- Раковина для мытья рук с локтевым смесителем (бесконтактным, педальным смесителем).
- Диспенсер с бумажными разовыми полотенцами.
- Дозатор с жидким мылом.
- Дозатор с кожным антисептиком.

Внимание! Для достижения эффективного мытья и обеззараживания рук необходимо соблюдать следующие условия: коротко подстриженные ногти, отсутствие лака на ногтях, отсутствие искусственных ногтей, отсутствие на руках колец, перстней и других ювелирных украшений!

- Перед обработкой рук необходимо снять часы, браслеты и пр. Для высушивания рук применяют чистые тканевые полотенца или бумажные салфетки однократного использования, при обработке рук хирургов - только стерильные тканевые.

- Медицинский персонал должен быть обеспечен в достаточном количестве эффективными средствами, для мытья и обеззараживания рук, а также средствами для ухода за кожей рук (кремы, лосьоны и др.) для снижения риска возникновения контактных дерматитов.

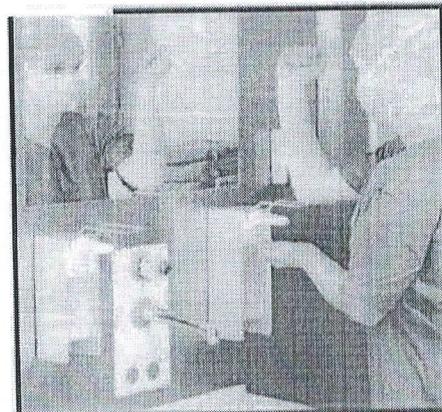
- Для мытья рук применяют жидкое мыло с помощью дозатора (диспенсера). Вытирают руки индивидуальным разовым полотенцем (салфеткой) или индивидуальным полотенцем..

- Гигиеническую обработку рук спиртсодержащим или другим, разрешенным к применению антисептиком, проводят путем втирания его в кожу кистей рук в количестве, рекомендуемом инструкцией по применению, обращая особое внимание на обработку кончиков пальцев, кожи вокруг ногтей, между пальцами.

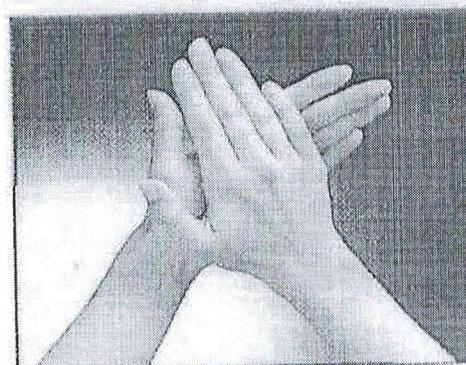
Порядок обработки рук

- Снять кольца, перстни и другие украшения, так как они затрудняют эффективное удаление микроорганизмов;
- открыть кран;
- с помощью дозатора налить в ладонь жидкое мыло;
- под умеренной струей комфортно теплой воды энергично намылить руки жидким мылом из разового дозатора;

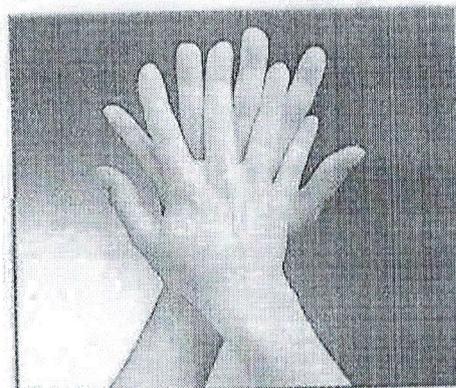
- Раковина для мытья рук с локтевым смесителем (бесконтактным, педальным смесителем).
- Диспенсер с бумажными разовыми полотенцами.
- Дозатор с жидким мылом.
- Дозатор с кожным антисептиком



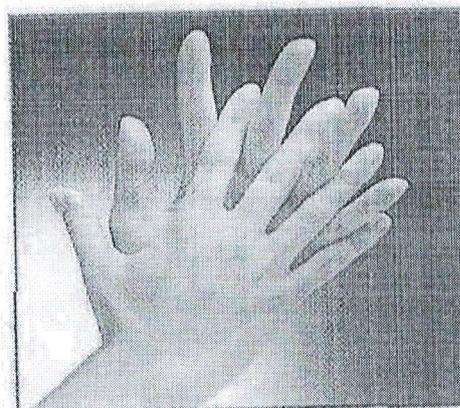
- тереть ладонью о ладонь;



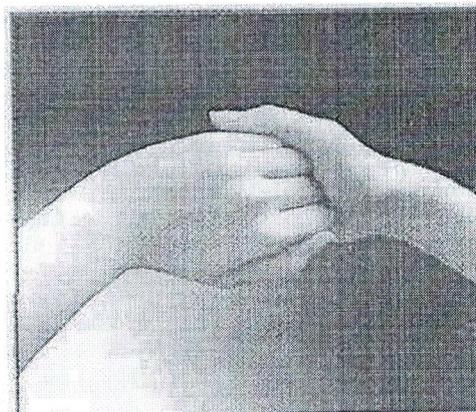
- тереть правой ладонью по тыльной стороне левой руки;
- тереть левой ладонью по тыльной стороне правой руки;



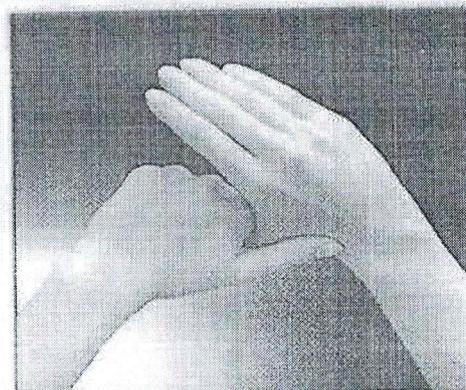
- сложив ладони, тереть внутренние поверхности пальцев движениями вверх и вниз;



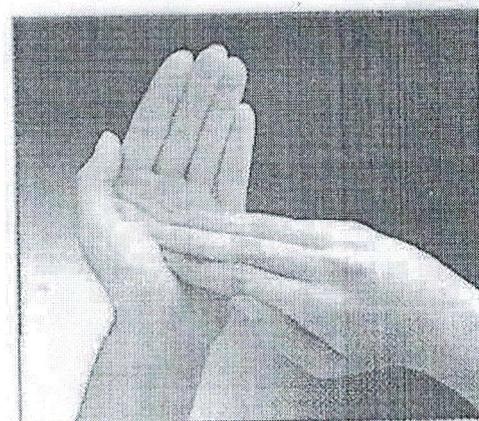
- тереть тыльной стороной пальцев по ладони другой руки;



- тереть пальцы круговыми движениями;



- поочередно круговыми движениями тереть ладони сжатыми пальцами;



- Внимание! Каждое движение следует повторять 5 раз!**
- руки сполоснуть;
 - высушить руки двумя бумажными салфетками;
 - салфетку сбросить в пакет «Отходы класса А»
 - закрыть кран локтем или запястьем

Внимание! Запрещается закрывать кран руками!

Раздел 10
Регистрация и мероприятия при аварийных ситуациях

Аптечка для предотвращения
заражения ВИЧ-инфекцией
(СП 3.1.5.2826-10 от 11.01.2011 «Профилактика ВИЧ-инфекции»),

Наименование	Неснижаемое количество	Срок годности
Спирт этиловый 70% - 100мл	1 фл	
Спиртовой раствор йода 5%- 25,0	1 фл	
Дистиллированная вода 2000мл.	1 фл	
Бактерицидный пластырь (2,5см x 7,2см)	5шт	
Перчатки медицинские стерильные однораз.	2пары	
Проторгол	1 фл	
Бинт нестерильный (7м x 14см)	1шт	
Вата стерильная 100гр.	1шт	
Резиновый напальчник медицинский №5	1уп	
Глазные пипетки	4шт	
Очки защитные	1 пара	
Маска медицинская нестерильная 3-слойная из нетканого материала с резинками	2шт	

При повреждении емкости, разливе биологических субстратов:

- использовать защитную одежду: перчатки, фартук, маску или щиток;
- ограничить место аварии и залить его дезинфицирующим раствором по режиму «Жидкие отходы класс Б»;
- после выдержанной экспозиции собрать разбитую емкость с помощью совка, выбросить в отходы класса «Б», поверхности вымыть водой;
- перчатки сбросить в отходы класса «Б».

При попадании крови пациента на рабочую одежду:

- снять загрязненную одежду, соблюдая правила безопасности;
- погрузить в дезинфицирующий раствор или в бикс (бак) для автоклавирования.

При повреждении кожных покровов инструментами, загрязненными биологическими жидкостями пациента:

- снять перчатки,
- вымыть руки под проточной водой,
- обработать 70% спиртом,
- обработать ранку 5% настойкой йода,
- заклеить ранку лейкопластырем,
- надеть перчатки.

При попадании биологических жидкостей пациентов на слизистую глаз, носа:

- промыть обильно под проточной водой - **не тереть!**

При попадании биологических жидкостей пациентов на неповрежденную кожу:

- обработать кожу 70% спиртом,
- вымыть руки под проточной водой,
- повторно обработать 70% спиртом.

При попадании биологических жидкостей пациентов на слизистую рта:

- прополоскать обильным количеством воды;
- прополоскать 70% спиртом;

В случае повреждения пробирки с кровью во время работы центрифуги:

- крышку открывать медленно, только через 40 минут после полной остановки,
- все центрифужные стаканы и разбитое стекло заливаются дезинфицирующим раствором в концентрации для вирусных инфекций,
- после выдержанной экспозиции сгустки крови, осколки стекла и пробирки повторно погружаются в дезинфицирующий раствор,
- внутреннюю и наружную поверхность центрифуги и крышки обработать дезинфицирующим раствором двукратным протиранием с интервалом 15 минут.

Порядок регистрации аварийных ситуаций и перечень необходимых мероприятий.

В случае возникновения аварийной ситуации следует:

- поставить в известность руководителя подразделения, старшую медицинскую сестру;
- **составлением Акта о несчастном случае на производстве;**
- зарегистрировать данный факт в Журнале регистрации несчастных случаев на производстве, который находится у инженера по охране труда ЛПУ и подлежит хранению в течение 45 лет.

По каждому случаю проводится расследование в соответствии с положением о порядке рассматривания и учета несчастного случая на производстве.

Пострадавшего и лицо, которое может являться потенциальным источником заражения, необходимо опросить о носительстве вирусных гепатитов, ИППП, воспалительных заболеваний мочеполовой сферы, других заболеваний, провести консультирование относительно менее рискованного поведения. Если источник инфицирован ВИЧ, выясняют, получал ли он антиретровирусную терапию. Если пострадавшая женщина необходимо провести тест на беременность и выяснить не кормит ли она грудью ребенка.

Медицинским работникам после аварийных ситуаций рекомендуется практиковать безопасные сексуальные отношения, не планировать беременность, отказаться от донорства в течение 12 месяцев.

О всех аварийных ситуациях необходимо сообщать в КРУ «Центр по профилактике и борьбе со СПИДом», где будет оказана консультативная помощь и принято решение о назначении медикаментозной постконтактной профилактики. Прием антиретровирусных препаратов должен быть начат в течение первых двух часов после аварии, но не позднее 72 часов.

Раздел 11

7 правил универсальных мер безопасности медицинского персонала от инфекции

Медицинскому персоналу следует помнить и применять 7 правил безопасности для защиты кожи и слизистых оболочек при контакте с кровью или жидкими выделениями организма любого пациента.

1. Мыть руки до и после любого контакта с пациентом.
2. Рассматривать кровь и биологические жидкости всех пациентов как потенциально инфицированные и работать с ними только с использованием СИЗ.
3. Сразу после применения помещать использованные шприцы, системы, сосудистые катетеры в специальный контейнер для утилизации острых предметов, после выполнения манипуляции не снимать иглу со шприца (катетера, системы) до полного их

обеззараживания.

4. Пользоваться средствами защиты глаз и масками для предотвращения возможного попадания брызг крови или других жидких выделений в лицо.

5. Использовать специальную влагонепроницаемую одежду для защиты тела от возможного попадания брызг крови или жидких выделений.

6. Рассматривать все белье, запачканное кровью или жидкими выделениями, как потенциально инфицированное.

7. Рассматривать все образцы лабораторных анализов как потенциально инфицированные.

Раздел 12

Санитарно-противоэпидемический режим

Правила:

Точное выполнение инструкций по санитарно-гигиеническим и противоэпидемическим

требованиям в стационарах ЛПУ, дезинфекционно-стерилизационному режиму, правил

личной гигиены и безопасной работы.

Цель:

Профилактика внутрибольничных заражений больных и персонала.

Контроль и анализ основных режимных моментов:

- Случаев внутрибольничных заражений гнойно-септических инфекций, вирусных гепатитов, инфекционных заболеваний (совместно с госпитальным эпидемиологом).
- Технологии выполнения инвазивных манипуляций, соблюдения правил асептики.
- Дезинфекции предметов ухода.
- Дезинфекции и стерилизации изделий медицинского назначения.
- Наличия дезинфекционных средств, соблюдения правил их хранения.
- Наличия мерной посуды, маркировки, соответствия количеству приготавливаемого раствора.
- Показателей качества дезинфекции и стерилизации изделий медицинского назначения.
- Результаты бактериологического лабораторного обследования объектов внешней среды на общую микробную обсемененность (ОМО) и стерильности различных материалов.
- Выполнения требований по безопасной работе с кровью и биосредами.
- Использования средств индивидуальной защиты (СИЗ).
- Наличия, маркировки уборочного инвентаря, правила его использования и хранения.
- Выполнения требований к соблюдению бельевого режима.
- Выполнения требований к уборке отделения.
- Выполнения требований обработки посуды, соблюдения режимных моментов в раздаточной.
- Утилизации отходов отделения согласно класса опасности.
- Наличия нормативной документации, учетно-отчетных форм.
- Обучения персонала отделения мерам профилактики и защиты от внутрибольничных инфекций.

Раздел 13

Санитарно-противоэпидемические особенности организации подразделений различного профиля

1. Приемные отделения стационаров.

Эпидемиологическая задача приемного отделения - не допустить поступления пациента с признаками инфекционного заболевания в палатное отделение стационара общего профиля. С этой целью осматриваются кожные покровы, зев, измеряется температура, проводится осмотр на педикулез и чесотку с отметкой в истории болезни, собирается эпидемиологический и прививочный (по показаниям) анамнез. Приемное отделение оснащается термометрами и шпателями в количестве, соответствующем числу поступающих пациентов. В случае подозрения на инфекционное заболевание пациента изолируют в диагностическую палату при приемном отделении или бокс до установки диагноза или перевода в инфекционное отделение (больницу).

2. Палатные отделения стационаров

- Перед поступлением больного в палату кровать, прикроватную тумбочку, подставку для подкладного судна протереть ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором. Кровать застелить постельными принадлежностями, прошедшими камерную обработку.

- Больному выделить индивидуальные предметы ухода: плевательницу, поилку, кружку или стакан, подкладное судно (по необходимости) и т.д., которые после использования тщательно мыть.

- После выписки больного предметы индивидуального пользования подвергнуть обеззараживанию по режиму, предусмотренному для вирусных гепатитов.

- При поступлении в больницу больной должен иметь предметы личной гигиены.

- Больных с педикулезом, первично обработанных в приемном отделении, взять под особое наблюдение и подвергнуть повторной обработке в отделении.

- Каждый пациент обязан принимать гигиеническую ванну в отделении не реже 1 раза в 7 дней (если нет медицинских противопоказаний) с отметкой в температурном листе медицинской карте стационарного больного. Гигиенический уход за тяжелобольными (умывание, протирание кожи лица, частей тела, полоскание полости рта и т.д.) проводится утром, а также после приема пищи и при загрязнении тела. Периодически должны быть организованы стрижка и бритье больных.

- Смену нательного и постельного белья производить по мере загрязнения, но не реже 1 раза в 7 дней;

- При смене нательного и постельного белья аккуратно собрать его в специальные тканевые и клеенчатые мешки «Для грязного белья». Разборку грязного белья производить в отделении категорически запрещается.

- Временное хранение грязного белья в отделениях не более 12 часов в помещении для грязного белья.

- Транспортировка грязного белья должна осуществляться в упакованном виде. Перевозка грязного и чистого белья в одной и той же таре не допускается.

- Ежедневно перед сном и утром больные должны умываться. Перед каждым приемом пищи больные обязаны мыть руки.

- Больным запрещается пользоваться для сидения кроватями соседних больных. Медицинским работникам запрещается сидеть на кроватях больных.

- Проветривание палат производить не реже 4 раз в день: после ночного и дневного сна и перед ночным и дневным сном.

- Установленные режимом часы сна должны строго соблюдаться всеми больными и не нарушаться персоналом больницы.

- Выход больных без необходимости для обследования в другие отделения запрещается.

- Выписку больных производить в специально отведенном месте.
- Постель (матрац, подушку, одеяло) после выписки больного подвергнуть камерной обработке, Матрацы, обшитые клеенкой, подлежат двукратному протиранию дезинфицирующим раствором.
- Уборку палат проводить не реже 2 раз в день влажным способом с применением дезинфицирующих средств по режиму, предусмотренному типом стационара.
- Все емкости, используемые в отделении, маркировать согласно назначению и использовать в соответствии с маркировкой.
- В санитарных комнатах следует предусматривать место для установки судномоечной машины (утилизатора).

3. Палатные отделения хирургического профиля.

- Пациентов с гнойно-септическими внутрибольничными заболеваниями изолируют в отделениетнойной хирургии, а при его отсутствии - в отдельную палату.

- В отделениях с двумя палатными секциями предусматривается не менее 2 перевязочных. Перевязки пациентам, имеющим гнойное отделяемое, проводят в септической перевязочной, при ее отсутствии, в асептической перевязочной после перевязок пациентов, не имеющих гнойного отделяемого или непосредственно в однокоечной палате. Осмотр пациентов проводят в перчатках и фартуках.

- Пациенты с инфекцией любой локализации, независимо от срока ее возникновения, вызванной метициллин (оксациллин) - резистентным золотистым стафилококком или ванкомицинрезистентным энтерококком, подлежат изоляции в боксированные палаты.

При работе с данной категорией больных персонал должен соблюдать следующие правила:

- при входе в палату персонал надевает маску, спецодежду, перчатки и снимает их при выходе;
- предметы ухода, а также стетоскоп, термометр и др. используются только для данного пациента;
- перевязка пациента проводится в палате;
- при входе и выходе из палаты персонал обрабатывает руки спиртосодержащим кожным антисептиком;
- после выписки пациента проводится заключительная дезинфекция, камерное обеззараживание постельных принадлежностей, обеззараживание воздуха;
- после дезинфекции проводится лабораторное обследование объектов окружающей среды (в палате). Заполнение палаты проводится после получения удовлетворительных результатов микробиологического исследовани

Сестра - хозяйка:

- организует работу младшего и технического персонала с обязательным контролем выполнения всех объемов работы в отделении;
- смену нательного и постельного белья больных;
- смену спец. одежды медперсонала;
- работу санитарок - буфетчиц;
- проведение гигиенических процедур больным;
- доставку дезсредств в отделение;
- доставку использованного белья в прачечную и чистого в отделение;

После выписки больного из отделения сестра - хозяйка обязана:

- принять у выписанного пациента постельные принадлежности,

- обеспечить обработку прикроватной тумбочки и кровати.
- освободившееся койко-место застелить матрасом, прошедшим дезкамерную обработку и чистыми постельными принадлежностями; в случае использования для покрытия матрасов чехлов, из материала, допускающего влажную дезинфекцию камерная обработка не требуется.

Раздел 14

Санитарное содержание помещений, оборудования, инвентаря

В соответствии с п. 11.1 СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность" все помещения, оборудование, медицинский и другой инвентарь должны содержаться в чистоте. Влажная уборка помещений (обработка полов, мебели, оборудования, подоконников, дверей) должна осуществляться не менее 2 раз в сутки, с использованием моющих и ДС, разрешенных к использованию в установленном порядке (режим дезинфекции при бактериальных инфекциях). Согласно п.п.11.2, 11.3 СанПиН 2.1.3.2630-10 хранение моющих и ДС должно осуществляться в таре (упаковке) изготовителя, снабженной этикеткой, на стеллажах, в специально предназначенных местах.

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).

Режим уборки :

- Коридоры, лестницы моются 2 раза в рабочую смену с применением разрешенных дезинфицирующих средств по режиму, предусмотренному типом стационара.
- Используется уборочный инвентарь с маркировкой «коридор».
- Перед дневным, после дневного и перед ночным сном выносятся мусор и проводится влажная уборка пола. Используется уборочный инвентарь с маркировкой «для палат».
- Проветривание проводится перед сном и после сна (4 раза в сутки), после влажной уборки и после ультрафиолетового облучения палат.
- Туалеты, ванные комнаты подвергаются генеральной уборке ежедневно ночью, с применением дезинфицирующих средств.
- Используется уборочный инвентарь с маркировкой «для туалета».
- Уборка производится в специально - выделенном халате и перчатках.

Внимание! Халат, выделенный для уборки туалетов, использовать для других целей запрещается!

- Весь уборочный инвентарь (ведра, ветошь, тряпкодержатели, mopы) хранятся в специально выделенном помещении.
- На уборочном инвентаре должна стоять четкая маркировка с указанием

помещения и видов работ.

– Емкости для мытья полов и помещений хранятся отдельно и используются строго по назначению.

– После завершения работы весь уборочный инвентарь обрабатывается дезсредством, выдерживая экспозицию, затем ветошь прополаскивается водой, высушивается и хранится в емкости с соответствующей маркировкой. При невозможности использования одноразовых тканевых салфеток, многоразовые салфетки подлежат стирке.

– Протирка оконных стекол - не реже 1 раза в месяц изнутри и по мере загрязнения, но не реже 1 раза в 4 месяца снаружи.

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

Согласно п.11.7 СанПиН 2.1.3.2630-10 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 дезинфицирующим раствором (процент разведения по инструкции дезинфицирующего средства). Для изделий и их частей, не соприкасающихся непосредственно с пациентом, может быть использован способ двукратного протирания салфеткой из бязи или марли, смоченной в растворе дезинфицирующего средства. Способом протирания не рекомендуется применять средства, содержащие альдегиды во избежание побочного токсического эффекта.

Режим дезинфекции инфекционных изоляторов будет определяться видом возбудителя у данного источника инфекции. Вне графика генеральную уборку проводят в случае получения неудовлетворительных результатов микробной обсемененности внешней среды и по эпидемиологическим показаниям. В соответствии п.8.2.2 СанПиН 2.1.3.2630-10 выбор режимов дезинфекции проводят по наиболее устойчивым микроорганизмам - между вирусами или грибами рода Кандида (в туберкулезных медицинских организациях - по микобактериям туберкулеза). Дезинфекционные мероприятия в очагах туберкулеза проводить в соответствии раздела VIII Санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.1295-03 "Профилактика туберкулеза», п.6.1 Приказа Минздрава России № 109 от 21.03.03 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в РФ».

В соответствии п. 11.8 СанПиН 2.1.3.2630-10 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. Согласно п. 11.9 СанПиН 2.1.3.2630-10 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.

В каждом отделении ведётся журнал учёта проведения генеральных уборок.

№ п/п	Наименование и концентрация используемого дез.средства	Планируемая дата проведения	фактическая дата проведения	Подпись исполнителя

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Палатная медицинская сестра контролирует работу, выполняемую младшим медицинским персоналом:

- Рациональное использование дезрастворов;
- Использование необходимых концентраций дезрастворов для дезинфекции предметов ухода (суден, мочеприемников, плевательниц);
- Качество проведения текущей, заключительной и генеральной уборок;
- Содержание, хранение и использование уборочного инвентаря.

Раздел 15

Уборка помещений по типу текущей дезинфекции

Цель:

- Создание безопасной чистой окружающей среды для пациентов и медперсонала.
- Разрушение и сведение к минимуму большинства болезнетворных микроорганизмов на поверхности неживых предметов.
- Снижение риска перекрестного заражения.

Показания: все помещения лечебно-профилактического учреждения (палаты, кабинеты, ординаторские, вспомогательные помещения), в которых могут находиться пациенты и медперсонал.

Необходимые условия:

- Дезинфицирующие/моющие растворы, разрешенные к применению в установленном законом порядке.
- Емкости для дезинфицирующих растворов
- Уборочный инвентарь либо стационарная или переносная система влажно-вакуумной очистки.
- Защитная одежда для медперсонала (комбинезон или халат, влагостойкий фартук, головной убор, маска, перчатки из плотной резины, моющаяся обувь на низком каблучке).

Регулярность уборок: влажная уборка - 2 раза в день, уборка с дезинфицирующими средствами - не реже 1 раза в день.

Процесс:

- убрать весь материал со стола;
- надеть халат «Для уборки кабинета» и резиновые перчатки;
- ветошью с дезинфицирующим раствором в концентрации раствора по режиму, предусмотренному для вирусных гепатитов протереть горизонтальные поверхности, столы и др.;
- ветошь погрузить в емкость с дезинфицирующим раствором;
- в ведре с маркировкой «Для мытья полов» приготовить дезинфицирующий раствор в концентрации по режиму, предусмотренному для вирусных инфекций;
- вымыть пол;
- прополоскать и отжать ветошь, вылить раствор в канализацию;
- налить в ведро чистой воды, прополоскать ветошь, слить воду в канализацию;
- убрать ведро и ветошь в помещение, предназначенное для ее хранения;
- вымыть с мылом руки в перчатках, перчатки снять и убрать в тумбочку;
- включить бактерицидный облучатель (время экспозиции зависит от типа облучателя;
- при отсутствии светового табло над дверью повесить табличку: « Не входите. Опасно. Идет обеззараживание ультрафиолетовым излучением»;

- после окончания экспозиции бактерицидного облучения проветрить помещение;
- после окончания экспозиции бактерицидного облучения и проветривания кабинет готов к работе.

Контроль качества: по результатам бактериологического исследования проб воздуха и смывов с вымытых поверхностей.

Раздел 16

Уборка по типу заключительной (генеральной) дезинфекции

Цель:

- Сведение до минимума количества микроорганизмов после полной уборки помещений.
- Снижение риска перекрестных заражений.

Показания:

- Помещения операционного блока, хирургических, перевязочных, процедурных и других манипуляционных кабинетов.

Необходимые условия:

- Регулярное проведение - по утвержденному графику, график проведения утвержден руководителем ЛПУ.
- Дезинфицирующие /моющие растворы, разрешенные к применению в установленном законом порядке.
- Чистая ветошь.
- Уборочный инвентарь либо стационарная или переносная система влажно-вакуумной очистки.
- Защитная одежда для медперсонала (комбинезон или халат, влагостойкий фартук, головной убор, маска, перчатки из плотной резины, моющаяся обувь на низком каблучке).

Процесс:

- надеть рабочий халат;
- освободить поверхности рабочих и перевязочных столов;
- освободить шкафы и ящики столов, оставив их открытыми или выдвинутыми; шкафы, столы, оборудование отодвинуть от стен;
- надеть защитные очки, перчатки, респиратор;
- приготовить в емкости дезинфицирующий раствор;
- с помощью швабры с ветошью или гидропультом нанести на стены, окна, двери, внутренние поверхности шкафа, тумбочек, столов и другие поверхности дезинфицирующий раствор в концентрации, предусмотренной для режима «вирусные гепатиты» из расчета согласно инструкции к дезсредству.
- если не используется гидропульт, то стены и потолок моют с помощью длинного держателя, ветоши двукратным нанесением дезинфицирующего средства;
- обработка помещения начинается в последовательности от окна к выходу, от чистой зоны к грязной;
- покинув помещение, плотно закрыть дверь;
- выдержать время экспозиции дезинфицирующего раствора;
- по окончании экспозиции приготовить в емкостях «Для дезинфекции поверхностей» 0,5% моющий раствор, «Для мытья пола» 0,5% моющий раствор или, дезинфицирующее средства по режиму вирусных гепатитов;
- вымыть стены ветошью на полную высоту и горизонтальные поверхности,

- пригласить электрика и протереть плафоны;
- прополоскать, тщательно отжать ветошь;
 - вылить остатки моющего раствора в канализацию;
 - вымыть пол;
 - приготовить в емкости «Для дезинфекции поверхностей» дезинфицирующий раствор (по режиму, предусмотренному для инактивации вирусов гемоконтактных гепатитов);
 - протереть все предметы, извлеченные из шкафа и столов (кроме коробок с лекарственными препаратами);
 - вылить использованный дезинфицирующий раствор;
 - в ведре с маркировкой «Для мытья пола» приготовить 0.5% раствор моющего средства;
 - вымыть пол;
 - прополоскать и отжать ветошь, вылить раствор в канализацию;
 - налить в ведро чистой воды, прополоскать ветошь, слить воду в канализацию,
 - ветошь оставить в расправленном виде для высушивания;
 - убрать ведро и ветошь в помещение, предназначенное для ее хранения,
 - вымыть с мылом руки в перчатках, перчатки снять и убрать в тумбочку;
 - снять и убрать в отведенное для хранения место рабочий халат;
 - провести гигиеническое мытье рук;
 - надеть чистый медицинский халат, колпак или косынку;
 - включить бактерицидный облучатель (время экспозиции зависит от типа облучателя).
 - при отсутствии светового табло над дверью повесить табличку: « Не входить. Опасно. Идет обеззараживание ультрафиолетовым излучением»;
 - после окончания экспозиции бактерицидного облучения выключить облучатель, проветрить помещение;
 - уборочный инвентарь после дезинфекции обеззаразить, прополоскать ветошь, высушить и хранить в специальном шкафу или выделенном месте.

Контроль качества:

- Анализ регистрируемых внутрибольничных инфекций.
- Анализ результатов бактериологического обследования проб воздуха и смывов с обработанных поверхностей.

Генеральная уборка проводится по графику, утвержденному зав. отделением. Ответственным лицом за проведение генеральной уборки является старшая медицинская сестра отделения.

Раздел 17

Бельевой режим

Непосредственную ответственность за соблюдение бельевого режима в отделении несут старшие медицинские сестры.

бельевым режимом отделения предусматривается смена белья больным не реже 1 раза в 7 дней; родильницам - 1 раз в 3 дня, нательного белья и полотенец - ежедневно, подкладных салфеток - по мере необходимости. Перед возвращением пациента в палату после операции производится обязательная смена белья. После операции смена белья производится систематически до прекращения выделений из ран;

- в операционных, акушерских стационарах (родильных блоках и других помещениях с асептическим режимом, а также в палатах для новорожденных) должно применяться стерильное белье;
- в лечебно-диагностических кабинетах белье используется строго индивидуально

для каждого пациента.

– смена одежды в подразделениях хирургического и акушерского профиля осуществляется ежедневно и по мере загрязнения. В учреждениях терапевтического профиля - 2 раза в неделю и по мере загрязнения. Сменная обувь персонала, работающего в помещениях с асептическим режимом должна быть из нетканого материала, доступного для дезинфекции. Сменная одежда и обувь должна быть предусмотрена также и для медицинского персонала других подразделений, оказывающего консультативную и другую помощь, а также для инженерно-технических работников.

– стирка спецодежды медицинского персонала в домашних условиях не допускается.

За сбор, хранение и транспортирование грязного белья в отделении ответственность несет сестра-хозяйка отделения.

– К сбору, сортировке, счету, транспортированию грязного белья не допускается медицинский персонал, занятый уходом за больными или принимающий участие в различных манипуляциях и исследованиях.

– Персонал, работающий с грязным бельем, должен быть обеспечен санитарной одеждой (халат, косынка) и средствами индивидуальной защиты (перчатки, косынка, халат, маска или респиратор). После окончания работы с грязным бельем санитарную одежду направляют в стирку, перчатки и маску обеззараживают в дезинфицирующем растворе, руки обрабатывают одним из антисептических средств и моют водой с мылом.

– Для сбора грязного белья в палатах используют специальную тару (мешки тканевые и клеенчатые, полипропилена, баки с крышками, бельевые тележки и т.д.), которые должны быть промаркированы.

– При сборе грязного белья запрещается встряхивать его и бросать на пол.

– После смены белья в палатах проводят влажную уборку с использованием дезинфицирующих растворов. Для этой цели используют дезинфекционные средства, разрешенные к применению в присутствии больных.

– Стирка белья должна осуществляться в специальных прачечных или прачечной в составе медицинской организации. Режим стирки белья должен соответствовать действующим гигиеническим нормативам.

– Грязное белье из отделений в упакованном виде на промаркированных тележках (для грязного белья) или специальным автотранспортом доставляется в помещение для сбора грязного белья в больничную прачечную.

– Допускается временное хранение (не более 12 ч) грязного белья в отделениях в санитарных комнатах или других специально отведенных для этой цели помещениях с водостойкой отделкой поверхностей, оборудованных умывальником, устройством для обеззараживания воздуха, в закрытой таре (металлических, пластмассовых бачках, плотных ящиках и других емкостях, подвергающихся дезинфекции).

Внимание! Запрещается разборка грязного белья в отделениях!

Выдача, транспортирование чистого белья

– Выдача белья в отделения производится в установленном порядке по утвержденному в медицинском учреждении графику.

– Чистое белье выдается на основании накладной, полученной при сдаче белья в стирку.

– Для предотвращения возможного загрязнения чистое белье транспортируется в подразделения, упакованное по 10 кг в чистые холщовые и клеенчатые мешки.

– В отделениях, в помещении для хранения чистого белья, мешки снимают, а белье размещают на стеллажах. Выдается белье сестрой — хозяйкой по мере надобности.

Внимание! Запрещается нахождение чистого белья в мешках на полу.

Стирка и дезинфекция текстильных изделий:

1. Стирка и дезинфекция инфицированных изделий осуществляется в стиральных машинах после предварительного замачивания в ДС.
2. Норма расхода моющих, отбеливающих, антистатических, крахмалящих средств зависит от используемых детергентов, жесткости воды, условий стирки (программа) и регламентируется производителем.
3. ДС используются в соответствии с инструкциями по применению для стирки и дезинфекции текстильных изделий.
4. В зависимости от степени загрязнения и вида текстильных изделий выбирается необходимая программа стирки.
5. Стирка белья из инфекционных отделений, от новорожденных вне зависимости от степени загрязнения проводится только по программе «Сильно загрязненные изделия».
6. Для стирки белья новорожденных и детей до 1 года организуется отдельный технологический поток и используются специальные моющие (несинтетические) средства.
7. Стирка санитарной одежды должна осуществляться централизованно и отдельно от белья больных.

Раздел 18

Гигиенические требования при организации питания больных .

Для транспортирования готовой пищи в отделения используют термосы или плотно закрывающуюся посуду. Хлеб можно транспортировать в промаркированных полиэтиленовых или клеенчатых мешках, внутри которых находится тканевой. Хранение хлеба в которых полиэтиленовых мешках не допускается. Раздачу пищи производят в течение 2 часов после ее изготовления. Не допускается оставлять в буфетных остатках пищи после ее раздачи больным, а также смешивать пищевые остатки со свежими блюдами.

Раздачу пищи больным производят буфетчицы и дежурные медицинские сестры отделения в халатах с маркировкой «Для раздачи пищи». Не допускается к раздаче пищи младший обслуживающий персонал.

В местах приема передач и в отделениях должны быть вывешены списки разрешенных (с указанием их предельного количества) для передачи продуктов.

Внимание! Ежедневно медицинская сестра и буфетчица отделения должны проверять соблюдение правил и сроков годности (хранения) пищевых продуктов, хранящихся в холодильниках отделения и тумбочках больных!

При обнаружении пищевых продуктов с истекшим сроком годности (хранения), хранящихся без целлофановых пакетов (в холодильнике), без указания фамилии больного, а также имеющих признаки порчи они должны изыматься в пищевые отходы. О правилах хранения больной должен быть информирован при поступлении в отделение.

Для обработки посуды необходимо использовать моющие, чистящие и дезинфицирующие средства, разрешенные к применению в лечебных учреждениях в установленном порядке. В моечных отделениях вывешивают инструкцию о правилах мытья посуды и инвентаря с указанием концентраций и объемов применяемых моющих и дезинфицирующих средств. В помещениях буфетной и столовой также предусматриваются

раковины для мытья рук.

1 В соответствии п. 6.15. СП 2.3.6.1079-01 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям общественного питания, изготовлению и оборотоспособности в них пищевых продуктов и продовольственного сырья» в конце рабочего дня проводится дезинфекция всей столовой посуды и приборов, подносов средствами в соответствии с инструкциями по их применению (процент разведения и время экспозиции по инструкции применения дезинфицирующего средства) Обработка столовой, чайной посуды, столовых приборов должна проводиться отдельно.

Мочалки для мытья посуды и ветошь для протирки столов по окончании уборки замачивают в дезинфицирующих растворах сушат и хранят в подписанной ёмкости для чистой ветоши .

Кухонную посуду буфетных отделений моют горячей водой температуры не ниже 50°C с использованием моющих средств, разрешенных к применению. Ополаскивают проточной горячей водой, просушивают посуду на специальных полках или решетках.

После каждой, раздачи пищи производят тщательную уборку помещений буфетных в отделениях с применением дезинфицирующих средств. Уборочный материал после мытья полов заливают раствором дезсредств в том же ведре, которое использовалось для уборки, далее ополаскивают в воде и сушат. Уборочный инвентарь протирают дважды дезинфицирующим раствором.

Для приготовления и хранения готовой пищи следует использовать посуду из нержавеющей стали. Алюминиевую посуду можно использовать только для приготовления и кратковременного хранения блюд. Не допускается для приготовления и хранения блюд эмалированную посуду. Срок раздачи готовых блюд не должен превышать двух часов от момента приготовления.

Уборка пищеблока

На пищеблоках текущая уборка проводится постоянно, своевременно и по мере необходимости. В соответствии п.5.11 и п.6.4 СП 2.3.6.1079-01 в производственных цехах ежедневно проводится влажная уборка с применением моющих и дезинфицирующих средств. Производственные столы в конце работы тщательно моются с применением моющих и ДС, промываются горячей водой при температуре 40-50°C и насухо вытираются сухой чистой тканью. Согласно п. 6.21. СП 2.3.6.1079-01 в моечных отделениях вывешивается инструкция о правилах мытья посуды и инвентаря с указанием концентраций и объемов применяемых моющих и дезинфицирующих средств.

В целях предупреждения инфекционных заболеваний разделочный инвентарь закрепляется за каждым цехом и имеет специальную маркировку.

Разделочные доски и ножи маркируются в соответствии с обрабатываемым на них продуктом: "СМ" - сырое мясо, "СР" - сырая рыба, "СО" - сырые овощи, "ВМ" - вареное мясо, "ВР" - вареная рыба, "ВО" - вареные овощи, "МГ" - мясная гастрономия, "Зелень", "КО" - квашеные овощи, "Сельдь", "Х" - хлеб, "РГ" - рыбная гастрономия.

Допускается наносить на разделочный инвентарь цветовую маркировку вместе с буквенной маркировкой в соответствии с обрабатываемым на них продуктом.

Разделочный инвентарь для готовой и сырой продукции должен храниться отдельно. В соответствии с п.10.14. СП 2.3.6.1079-01 для обработки яйца используется ДС, разрешенного для этих целей (концентрация и время обработки в соответствии с инструкцией по его применению).

Замена растворов в моечных ваннах производится не реже двух раз в смену. Чистые кухонную посуду и инвентарь хранят на стеллажах на высоте не менее 0,5 м от пола.

В соответствии п. 5.12. СП 2.3.6.1079-01 не реже одного раза в месяц проводится генеральная уборка

По окончании уборки в конце смены весь уборочный инвентарь промывается с использованием моющих и ДС, просушивается и хранится в чистом виде в отведенном для него месте. После каждой технологической операции разделочный инвентарь (ножи, доски и др.) подвергают санитарной обработке: механической очистке, мытью горячей водой с моющими средствами, ополаскиванию горячей проточной водой.

Примерный перечень кратности проведения дезинфекции

Объем (предмет обеззараживания)	Кратность проведения дезинфекции при осуществлении уборки	
	текущей	генеральной
1	2	3
1. Пищевые блоки		
1.1. Производственные цеха	ежедневно	не реже 1 раза в месяц
1.2. Оборудование, инвентарь	ежедневно	не реже 1 раза в месяц
1.3. Продовольственные склады и овощехранилище	после освобождения от продукции и овощей	не реже 1 раза в месяц
1.4. Бытовые помещения	ежедневно	не реже 1 раза в месяц
1.5. Санузлы (в том числе сантехнические приборы)	не реже 1 раза в смену	не реже 1 раза в месяц
1.6. Производственные умывальники, раковины, ванны, трапы	по окончанию работ	не реже 1 раза в месяц
1.7. Яйца, используемые для приготовления блюд	перед использованием	
1.8. Полки шкафов для хлеба		1 раз в неделю протирают 1 % раствором уксусной кислоты
1.9. Ветошь, щетки, мочалки	ежедневно	
1.10. Уборочный инвентарь	в конце каждой смены	
1.11. Бачки и ведра для отходов	после удаления отходов	
1.12. Мусоросборники	после очистки	
1.13. Санитарный транспорт	не реже 1 раза в 10 дней	
2. Столовые, буфеты		
2.1. Помещения	ежедневно в конце смены	1 раз в месяц
2.2. Мебель	ежедневно в конце смены	1 раз в месяц
2.3. Столовая посуда и приборы	в конце рабочего дня	
2.4. Ветошь, щетки, мочалки	ежедневно	
2.5. Уборочный инвентарь	в конце каждой смены	
2.6. Бачки и ведра для отходов	после удаления отходов	
7. Мусоросборные контейнеры	после очистки	
8. Мусоросборная площадка	при ЛПУ ежедневно;	

Раздел 19

Правила обращения с медицинскими отходами

Лечебно-профилактическое учреждение вне зависимости от его профиля и коечной мощности в результате своей деятельности образует различные по фракционному составу

и степени опасности отходы.

Все отходы здравоохранения разделяются по степени их эпидемиологической, токсикологической и радиационной опасности на пять классов опасности.

К работе с медицинскими отходами не допускаются лица моложе 18 лет. Персонал проходит предварительные (при приеме на работу) и периодические медицинские осмотры. Персонал, не иммунизированный против гепатита В, не допускается к работам по обращению с медицинскими отходами классов Б и В. При приеме на работу и затем ежегодно персонал проходит обязательный инструктаж по правилам безопасного обращения с отходами.

Работа по утилизации медотходов в ЛПУ проводится согласно СанПиН 2.1.7.2790-10

Классификация отходов ЛПУ

Категория опасности	Характеристика морфологического состава
Класс А (эпидемиологически безопасные отходы, по составу приближенные к ТВО)	Отходы, не имеющие контакта с биологическими жидкостями пациентов, инфекционными больными, нетоксичные отходы. Пищевые отходы всех подразделений ЛПУ кроме инфекционных (в т.ч. кожновенерологических), фтизиатрических. Мебель, инвентарь, неисправное диагностическое оборудование, не содержащее токсичных элементов. Неинфицированная бумага, смет, строительный мусор и т.д.
Класс Б (эпидемиологически опасные отходы)	Потенциально инфицированные отходы. Материалы и инструменты, загрязненные выделениями, в т.ч. кровью. Выделения пациентов. Патологоанатомические отходы. Органические операционные отходы (органы, ткани и т.п.). Все отходы из инфекционных отделений (в т.ч. пищевые). Отходы из микробиологических лабораторий, работающих с микроорганизмами 3—4-й групп патогенности. Биологические отходы
Класс В (чрезвычайно эпидемиологически и опасные отходы)	Материалы, контактирующие с больными особо опасными инфекциями. Отходы из лабораторий, фармацевтических и иммунобиологических производств, работающих с микроорганизмами 1—2-й групп патогенности. Отходы фтизиатрических, микологических больниц.
Класс Г (токсикологически и опасные отходы 1-4 классов опасности)	Просроченные лекарственные средства, отходы от лекарственных и диагностических препаратов, дез.средства, не подлежащие использованию, с истекшим сроком годности. Цитостатики и другие хим. препараты. Ртутьсодержащие предметы, приборы и оборудование. Отходы от эксплуатации оборудования, транспорта, систем освещения и др.
Класс Д (радиоактивные отходы)	Все виды отходов, содержащих радиоактивные компоненты превышающие допустимые уровни, установленные нормами радиационной безопасности.

ЛПУ должно быть обеспечено необходимым количеством технологического оборудования для обращения с отходами разных классов опасности (стойки-тележки, пакеты, мешки, контейнеры, в том числе непрокальваемые, и другое).

Организованная на территории ЛПУ система сбора, временного хранения и транспортирования медицинских отходов должна состоять из следующих звеньев:

1. обеззараживание/обезвреживание;
2. сбор отходов внутри организаций, осуществляющих медицинскую и/или фармацевтическую деятельность;
3. перемещение отходов из подразделений и временное хранение отходов на

- территории организации, образующей отходы;
4. транспортирование отходов с территории организации, образующей отходы;
 5. захоронение или уничтожение медицинских отходов.

В каждом лечебном учреждении разрабатывается и утверждается схема сбора, временного хранения и удаления отходов различных классов опасности.

Все емкости для сбора, хранения и транспортировки медицинских отходов должны быть промаркированы согласно классификации отходов и иметь плотно прилегающие крышки. Многоцветные контейнеры для транспортировки отходов класса Б подлежат мытью и дезинфекции после каждого опорожнения.

Сбор отходов осуществляется в пакеты, тару:

- класс А, Г - любого цвета, за исключением желтого и красного;
- класс Б - желтого цвета;
- класс В - красного цвета;
- класс Д - работа с ними осуществляется специализированной организацией.

Сбор отходов в местах их образования осуществляется в течение рабочей смены и заполнение пакета должно быть не более чем на 3/4. При использовании одноразовых контейнеров для острого инструментария допускается их заполнение в течение 3-х суток.

Внимание! При сборе медицинских отходов запрещается:

- вручную разрушать, разрезать отходы классов Б и В, в том числе использованные системы для внутривенных инфузий, в целях их обеззараживания;
- снимать вручную иглу со шприца после его использования, надевать колпачок на иглу после инъекции;
- смешение отходов различных классов на всех стадиях;
- пересыпать (перегружать) неупакованные отходы классов Б и В из одной емкости в другую;
- утрамбовывать отходы классов Б и В;
- осуществлять любые операции с отходами без перчаток или необходимых средств индивидуальной защиты и спецодежды;
- использовать мягкую одноразовую упаковку для сбора острого медицинского инструментария и иных острых предметов;
- устанавливать одноразовые и многоцветные емкости для сбора отходов на расстоянии менее 1 м от нагревательных приборов.

В случае получения работником при обращении с медицинскими отходами травмы, потенциально опасной в плане инфицирования (укол, порез), необходимо принять меры экстренной профилактики. На рабочем месте персонала должна быть аварийная аптечка первой медицинской помощи при травмах.

Для учета медицинских отходов ведется технологический журнал учета медицинских отходов классов А и Б в структурных подразделениях, где указывается количество единиц упаковки каждого вида отходов.

Сбор и обеззараживание шприцев инъекционных однократного применения

Шприцы инъекционные однократного применения являются медицинскими изделиями, обеспечивающими проведение инъекционных и лечебно-диагностических манипуляций. После использования шприцы являются опасными (класс Б) или чрезвычайно опасными (класс В) отходами ЛПУ вследствие контаминации их инфицированными или потенциально инфицированными биологическими жидкостями.

Шприцы инъекционные однократного применения повторному использованию для

проведения инъекций не подлежат и обеззараживаются согласно МУ 3.1.2313-08 «Требования к сбору и обеззараживанию шприцев инъекционных однократного применения» Для проведения обеззараживания шприцев инъекционных однократного применения рекомендуются химический и физический методы.

I. Химический метод обеззараживания.

1. В двух специальных маркированных емкостях с крышками: "Емкость для обеззараживания игл" и "Емкость для обеззараживания шприцев" готовят дезинфицирующий раствор. «Емкость для обеззараживания игл» должна быть с иглосъемником. «Емкость для обеззараживания шприцев» должна быть оборудована перфорированным поддоном и гнетом.

2. После проведения инъекции (манипуляции) медицинский работник, не накрывая иглу колпачком, набирает в шприц при помощи поршня дезинфицирующий раствор из "Емкости для обеззараживания шприцев».

3. Отсоединяет иглу от шприца одним из способов, в зависимости от наличия в лечебно-профилактическом учреждении специальных приспособлений:

- снятие иглы с помощью иглосъемника;
- отсечение иглы с помощью иглоотсекателя с интегрированным непрокальваемым контейнером для игл;
- деструкция иглы с помощью деструктора игл - устройства для сжигания игл путем воздействия высокой температуры.

4. Корпус шприца с поршнем помещают в емкость с дезинфицирующим раствором, промаркированную "Для обеззараживания шприцев", и выдерживают необходимое время экспозиции согласно инструкции по применению используемого дезинфицирующего средства.

5. Из корпуса шприца выпускают дезинфицирующий раствор при помощи поршня.

6. Обеззараженные поршни и корпуса шприцев укладывают в пакет согласно цветовой маркировке.

Для дезинфекции шприцев инъекционных однократного применения используют дезинфицирующие средства, имеющие свидетельство о государственной регистрации, сертификат соответствия и методические указания (инструкции) по их применению. Концентрацию дезинфицирующего средства и время экспозиции определяют в соответствии с методическими указаниями (инструкцией) по его применению с учётом режима, эффективного в отношении возбудителей инфекционных заболеваний, на которые ориентировано учреждение здравоохранения, и режимов, рекомендуемых для дезинфекции изделий медицинского назначения при вирусных инфекциях.

Дезинфицирующий раствор в ёмкостях меняют по окончании смены работы. Периодичность смены раствора в ёмкостях может быть определена в соответствии с методическими указаниями (инструкцией) по применению дезинфицирующего средства. На ёмкости для хранения дезинфицирующего раствора должно быть указано его название, концентрация, назначение и дата приготовления, (для готовых к применению средств, разрешённых для многократного использования, указывают дату начала использования).

Раздел 20

Изоляционно-ограничительные мероприятия.

Кишечные инфекции:

При выявлении в отделении больных с подозрением на острую кишечную инфекцию, носителей возбудителей острых кишечных инфекций (ОКИ) обеспечить:

1. изоляцию больного ОКИ в инфекционный стационар или, как исключение, в

- отдельную палату в случае необходимости продолжения лечения в отделении больницы;
2. карантин в палате и медицинское наблюдение за контактными в течение 7 дней со дня изоляции больного (носителя), измерение температуры тела утром и вечером;
 3. забор материала (рвотные массы, промывные воды, испражнения) для бактериологического исследования;
 4. однократное бактериологическое обследование контактных по палате;
 5. проведение текущей и заключительной дезинфекции в палате с обязательной камерной дезинфекцией постельных принадлежностей;
 6. выделение отдельной посуды для питания больных с обязательной дезинфекцией по режиму для кишечных инфекций.
 7. передать экстренное извещение на больного по ф.058/у, с обязательной записью в журнале (ф. 060/у)

Педикулез:

Обработка пациентов, пораженных педикулезом

При головном или лобковом педикулезе проводят обработку волос головы и волосистых частей тела педикулицидами с последующим их мытьем горячей водой с использованием любого моющего средства.

Для обработки волосистых частей тела используют следующие инсектицидные препараты, разрешенные к применению.

После обработки волос головы и их мытья, волосы следует прополоскать теплым 9% водным раствором уксусной кислоты, что способствует удалению гнид. Погибших вшей вычесывают частым гребнем на клеенку или бумагу, которые затем сжигают. Гребень после использования необходимо тщательно промыть горячей водой и протереть спиртом. Передать экстренное извещение на больного по ф.058/у, с обязательной записью в журнале (ф.060/у)

УКЛАДКА

Для проведения противопедикулезной обработки: Руководство по медицинской дезинсекции. Р 3.5.2.2487-09.

1. Промаркированный клеенчатый и хлопчатобумажный мешок для сбора вещей больного.
2. Клеенчатая пелерина.
3. Резиновые перчатки.
4. Ножницы, машинка для стрижки волос или бритвенный прибор.
5. Частый гребень.
6. Спиртовка.
7. Косынка (2-3 шт.).
8. Вата.
9. 9% столовый уксус.
10. Оцинкованное ведро или лоток для сжигания или обеззараживания волос.
11. Препараты для уничтожения вшей (инсектициды).

Чесотка.

Дезинфекция в очагах чесотки:

1. Камерная обработка постельных принадлежностей и личных вещей больного и контактных проводится 2 раза - после каждого лечения препаратами или 1-й и 4-й дни при лечении по методу Демьяновича.

2. Дезинфекция в палате проводится ежедневно с применением дезинфицирующих средств на протяжении всего срока лечения больного и контактных. Уборочный материал после использования уничтожают, руки тщательно моют с мылом.

Особенности лечения чесотки у детей:

- Втирание мази в кожу ребенка проводит мать или другое ухаживающее за ним **лицо**.
- Обязательно втирать препарат во все участки кожного покрова, даже в случае ограниченного поражения, исключая кожу в области лица и волосистой части головы.
- Во избежание попадания препарата в глаза при прикасании к ним руками маленьким детям надевают распашонку (рубашку) с зашитыми рукавами или х/б варежки (рукавички).

Туберкулез.

Проведение противоэпидемических мероприятий в очаге туберкулеза:

1. Изолировать больного с клиническими проявлениями или с подозрением на туберкулез органов дыхания в отдельную палату.
2. Приготовить и оставить в палате емкость для текущей дезинфекции с дезинфицирующим средством в концентрации соответствующей противотуберкулезному режиму. Поверхности в палате, санитарно-техническое оборудование, мебель обрабатывается двукратным протиранием с интервалом 15 минут.
3. Приготовить отдельную емкость для обработки посуды больного с дезинфицирующим средством. Для больного с туберкулезом используется отдельная посуда, ее обработку следует осуществлять, в палате.
4. Биологические жидкости пациента, перевязочный материал, инструменты и др. обрабатываются в отдельных емкостях с дезинфицирующими средствами методом погружения. Перевязки больного следует осуществлять в палате.
5. Работу с пациентом выполнять в отдельно выделенной одежде (халат, шапочка, маска и т.д.).
6. После перевода больного в противотуберкулезный диспансер провести заключительную дезинфекцию в палате дезинфицирующим средством. Постельные принадлежности больного подвергаются камерной дезинфекции.
7. Провести бактерицидное облучение воздуха палаты согласно расчетного времени, затем проветривание.
8. Передать экстренное извещение на больного по ф.058/у, с записью в журнале (ф.060/у)

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация
Форма № 058/у

наименование учреждения

Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. № 1030

ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку

1. Диагноз _____
подтвержден лабораторно: да, нет (подчеркнуть)
2. Фамилия, имя, отчество _____
3. Пол _____
4. Возраст (для детей до 14 лет - дата рождения) _____
5. Адрес, населенный пункт _____ район

улица _____ дом № _____ кв. № _____

(индивидуальная, коммунальная, общежитие - вписать)

6. Наименование и адрес места работы (учебы, детского учреждения)

7. Даты:

заболевания _____

первичного обращения (выявления) _____

установления диагноза _____

последующего посещения детского учреждения, школы _____

госпитализации _____

Оборотная сторона ф. № 058/у

8. Место госпитализации _____

9. Если отравление - указать, где оно произошло, чем отравлен пострадавший _____

10. Проведенные первичные противоэпидемические мероприятия и дополнительные сведения _____

11. Дата и час первичной сигнализации (по телефону и пр.) в СЭС _____

Фамилия сообщившего _____

Кто принял сообщение _____

12. Дата и час отсылки извещения _____

Подпись пославшего извещение _____

Регистрационный № _____ в журнале ф. № _____

санэпидстанции.

Подпись получившего извещение _____

Составляется медработником, выявившим при любых обстоятельствах инфекционное заболевание, пищевое отравление, острое профессиональное отравление или подозревающих их, а также при изменении диагноза.

Посылается в санэпидстанцию по месту выявления больного не позднее 12 часов с момента обнаружения больного.

В случае сообщения об изменении диагноза п. 1 извещения указывается измененный диагноз, дата его установления и первоначальный диагноз.

Извещение составляется также на случаи укусов, оцарапывания, ослюнения домашними или дикими животными, которые следует рассматривать как подозрение на заболевание бешенством.

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация

Форма № 060/у

Утверждена Минздравом СССР

04.10.80 г. № 1030

наименование учреждения

Ж У Р Н А Л

учета инфекционных заболеваний

Начат « ___ » _____ 20 г. Экончен « ___ » _____ 20 г.

ф. № 060/у

№ п/п	Дата и часы сообщения (приема) по телефону и дата отсылки (получения) первичного экстренного извещения, кто передал, кто принял	Наименование лечебного учреждения, сделавшего сообщение	Фамилия, имя, отчество больного	Возраст (для детей до 3 лет указать месяц и год рождения)	Домашний адрес (город, село, улица, дом №, кв. №)	Наименование места работы, учебы, дошкольного детского учреждения, группа, класс, дата последнего посещения
1	2	3	4	5	6	7

разворот ф. № 060/у								
Дата заболевания	Диагноз и дата его установления	Дата, место госпитализации	Дата первичного обращения	Измененный (уточненный) диагноз и дата его установления	Дата эпид. обследования. Фамилия обследованного	Сообщено о заболеваниях (в СЭС по месту постоянного жительства, в детское учреждение по месту учебы, работы и др.)	Лабораторное обследование и его результат	Примечание
8	9	10	11	12	13	14	15	16

Инструкция по заполнению учетной формы № 060/у

ЖУРНАЛ УЧЕТА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Журнал ведется во всех лечебно-профилактических учреждениях, медицинских кабинетах школ, детских дошкольных учреждений, летних оздоровительных учреждений и др., а также в санитарно-эпидемиологических станциях.

Служит для персонального учета больных инфекционными заболеваниями и регистрации обмена информацией между лечебно-профилактическими учреждениями и СЭС.

Инструкция по ведению журнала приложена к Приказу Министерства здравоохранения СССР № 1282 от 29.12.78г.

Раздел 21

Общие сведения по госпитальным инфекциям

Госпитальные инфекции - (внутрибольничные (ВБИ), нозокомиальные, госпитальные гнойно-септические инфекции (ГГСИ) — инфекции, развивающиеся вследствие оказания медицинской помощи больному, независимо от степени клинической выраженности, сроков развития (до или после выписки из стационара) или у сотрудников больницы вследствие их работы в данном учреждении, если инфекционный процесс не является закономерным развитием основного заболевания.

ПРИЧИНЫ РОСТА ГОСПИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ:

- Увеличение степени агрессии и инвазии лечебно-диагностического процесса.
- Недостаточная антиинфекционная защита внедряемых медицинских технологий.
- Нерациональное применение антимикробных препаратов (антибиотиков, антисептиков, дезинфицирующих препаратов и т.д.) и как следствие этого формирование резистентных форм бактерий, селекция госпитальных штаммов.
- Рост числа пациентов с иммунодефицитами, злокачественными новообразованиями, сахарным диабетом.
- Трудности стерилизации некоторых видов аппаратуры.
- Гигиеническая беспечность, нарушение асептики персоналом.
- Недостаточные знания персоналом мер профилактики и защиты от внутрибольничных инфекций.

КЛАССИФИКАЦИЯ ГОСПИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ:

По характеру патологического процесса:

- Традиционные (сальмонеллез, дизентерия, вирусные гепатиты и др.).

- Гнойно-септические (инфекции родильниц и новорожденных и инфекции у хирургических больных).

По этиологии: стрептококковые, стафилококковые, сальмонеллезные, синегнойные и другие инфекции.

По локализации инфекционного процесса ГГСИ делятся на :

- Гнойные инфекции ран
- Инфекции мочевыделительной системы
- Инфекции дыхательной системы
- Бактериемии
- Инфекции желудочно-кишечного тракта

По форме проявлений процесса:

- Экзогенные - (инфицирование возбудителями связаны с манипуляциями, операциями и другими процедурами, выполняемые персоналом больницы; инфицированные лекарственные препараты, пищевые продукты, изделия медицинского назначения).
- Эндогенные - (возбудители распространяются из очага хронической инфекции пациента, при вскрытии полого органа, декомпенсации дисбактериоза, транслокации микроорганизмов из кишечника в кровеносное русло и др.)
- Истинный госпитализм - (инфекции, вызванные госпитальными штаммами микроорганизмов).

ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВБИ:

- Инструментально-контактный - реализуется через инфицированные инструменты, перевязочный материал, руки персонала. Его разновидностью является аппаратный путь (эндоскопическая аппаратура, аппараты ИВЛ, искусственного кровообращения и т.д.);
- Имплантационный (Эксплантационный) - реализуется через вживляемые в организм различные имплантационные материалы - сосудистые протезы, протезы клапанов сердца, суставов, металлические конструкции, применяемые в травматологии и ортопедии, шовный материал и т.д.
- Ангиогенный (сосудистый):
- Постинфузионный (посттрансфузионный) - реализуется через инфицированные инфузионные растворы, трансфузионные среды (кровь и препараты крови).
- Посткатетеризационный - реализуется посредством катетеризации центральных и периферических сосудов.
- Аэрогенный - реализуется воздушно-капельным путем - грипп, ветряная оспа, краснуха и т.д. Особое значение имеет у больных со сниженным иммунитетом.

Раздел 22

Вирусные гепатиты. Общие сведения

Вирусные гепатиты - большая группа вирусных антропонозных заболеваний, протекающих с поражением печеночной ткани и отличающиеся выраженным полиморфизмом клинических проявлений.

Классификация вирусных гепатитов:

- Гемоконтактный механизм передачи: В,С,Д,Г (GBV-A, GBV-B, GBV-C), SEN, TTV.
- Фекально-оральный механизм передачи: А и Е.

Исходы: развитие цирроза печени или гепатокарциномы при хроническом гепатите В через 25-30, при хроническом гепатите С через 15-18 лет.

Вирусы гепатитов устойчивы во внешней среде, выживают при воздействии высоких

и низких температур, химических и физических факторов. В условиях комнатной температуры сохраняется в течение 3-х месяцев, в холодильнике - 6 месяцев, в замороженном виде - 15-20 лет, в высушенном виде - 25 лет. При автоклавировании 120°C, погибает в течение 45 минут.

Источники инфекции: больные острыми или хроническими формами и вирусоносители.

Инкубационный период: гепатит В - 30-180 дней; гепатит С - от 2-х до 26 недель

Пути передачи вирусных гепатитов В,С:

- **Искусственные:** гемоконтактный (парентеральные манипуляции, косметические процедуры, гемотрансфузии, внутривенное введение наркотиков);
- **Естественные:** половой, вертикальный (пери-, интранатально, трансплацентарно, через поврежденную кожу во время родов), горизонтальный (контактно-бытовой).

ПРОФИЛАКТИКА ГЕПАТИТОВ В и С В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Среди профилактических мер основное значение имеют меры, направленные на прерывание естественных и искусственных путей передачи возбудителя и создание специфического иммунитета против гепатита В.

ВОЗ выделяет 3 группы мероприятий по предупреждению гепатитов:

- 1 группа - общие профилактические мероприятия.
- 2 группа - универсальные меры профилактики.
- 3 группа - специфическая профилактика.

Общие профилактические мероприятия - предусматривают проведение образовательной (санитарно-просветительной) работы среди населения, медицинских работников об опасности гепатитов и других инфекциях, передающихся через кровь. Необходимы знания о путях передачи вируса и отдаленных последствиях заболевания.

К универсальным мерам профилактики относят:

- Применение форм и методов работы, отвечающим правилам техники безопасности и самым высоким современным стандартам;
- Использование средств индивидуальной защиты и защитных приспособлений;
- Стремление к минимальному использованию инвазивных процедур;
- Максимальное использование инструментария одноразового применения;
- Строгое выполнение дезинфекционно-стерилизационного режима;
- Тестирование донорской крови;
- Эпидемиологический анализ случаев заражения вирусными гепатитами в ЛПУ;
- Утилизация отработанных материалов в строгом соответствии с имеющимися приказами и рекомендациями.

К специфическим профилактическим мероприятиям относится вакцинация медицинского персонала высокой группы риска заражения против гепатита В.

Раздел 23

ВИЧ-инфекция

ВИЧ-инфекция — заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека, поражающее иммунную систему, которое приводит к гибели больного от вторичных поражений (инфекционных и опухолевых процессов).

Терминальная стадия ВИЧ-инфекции - **синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД).**

Вирус малоустойчив, сохраняется в течение 7 дней, в крови - 14 дней.

Инактивируется при кипячении в течение 1-5 мин. Быстро погибает при воздействии дезинфектантов - 0,5% гипохлорид натрия, 70% спирт, 3% перекись водорода. Относительно устойчив к действию ультрафиолетовых лучей и ионизирующему

излучению.

Источники инфекции: больные ВИЧ и ВИЧ-инфицированные.

ВИЧ обнаруживается в любой биологической жидкости (кровь, сперма, ликвор, слюна; слезная жидкость, грудное молоко, вагинальный секрет и т.д.) и в биоптатах различных тканей. Максимальная концентрация ВИЧ содержится в ликворе, также большая - концентрация вирусов обнаруживается в крови, сперме, вагинальном секрете.

Инкубационный период: от 3-х недель до 2 лет.

- Гомо- и бисексуалы
- Наркоманы
- Лица с беспорядочными половыми связями
- Больные гемофилией
- Сексуальные партнеры вышеперечисленных групп
- Дети, рожденные от ВИЧ-инфицированных матерей

Пути передачи:

1. Естественные:

- Половой. Риск инфицирования при однократном половом контакте с ВИЧ-инфицированным партнером - 0,1 -1%.
- Вертикальный - через плаценту от ВИЧ-инфицированной женщины заражается до 30% новорожденных, во время родов - до 20%.

2. Искусственные - гемоконтактный (артифициальный) через инфицированную кровь и препараты крови - 90%:

- При немедицинских инвазивных процедурах (чаще - внутривенное введение наркотиков, татуаж, пирсинг и т.д.).
- При медицинских инвазивных вмешательствах в ЛПУ.

Внимание! Риск профессионального заражения медицинских работников при однократном уколе (пореze) инфицированным инструментарием - 0, 1%.

Клинические особенности:

1. Длительное бессимптомное течение инфекции в среднем до 7 лет.
2. Первые проявления инфекции по типу ОРЗ у 50% заболевших.
3. Развитие клинических проявлений через 7-10 лет по типу инфекций, вызванных условно-патогенной микрофлорой, опухолевых процессов, поражений ЦНС.
4. Отсутствие эффективных методов лечения и специфической профилактики.
5. Смертельный исход неизбежен.

Лабораторная диагностика:

Первые антитела можно обнаружить в крови через 3 недели от момента инфицирования. Собственные антитела у новорожденных появляются в 1-1,5 года жизни.

1. Метод ИФА - выявление суммарных антител к ВИЧ. При положительной реакции проводится повторно.
2. Метод иммуноблоттинга - проводится для подтверждения диагноза ВИЧ-инфекции в случае положительных реакций ИФА - выявляет отдельные виды антител.
3. ПЦР - полимеразно-цепная реакция - определение генетического материала вируса.

Кровь для исследования в лабораторию доставляется в пробирках с резиновыми пробками в отдельном контейнере. Обследование на ВИЧ-инфекцию проводится добровольно за исключением случаев, когда такое обследование является обязательным.

Оказание медицинской помощи ВИЧ-инфицированному пациенту:

- При подготовке к проведению манипуляции больному с ВИЧ-инфекцией убедиться в наличии аптечки для оказания помощи при аварийной ситуации.
- Выполнять манипуляции в двух парах перчатках в присутствии второго специалиста, который может в случае разрыва перчаток или пореза продолжить ее выполнение.

Использовать для оказания помощи ВИЧ-инфицированному отдельный набор инструментария.

Раздел 24

Нормативная документация:

1. Приказ МЗ СССР от 12.07.89г. № 408 «О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране».
- 2 МУ 3.1.2313-08 «Требования к обеззараживанию, уничтожению и утилизации шприцев инъекционных однократного применения»
- 3 МУ-287-113»Методические указания по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения».
- 4 Приказ МЗ СССР от 03.09.91г. №254 «О развитии дезинфекционного дела в стране».
- 5 Приказ МЗ МП РФ от 16.08.94г. № 170 «О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации».
- 6 ОСТ 42-21-2-85 «Стерилизация и дезинфекция и изделий медицинского назначения.' Методы, средства и режимы».
- 7 СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами».
- 8 СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».
- 9 СП 3.1.5.2826-10 от 11.01.2011г. «Профилактика ВИЧ-инфекции».
- 10 СП 3.1.1.3108-13 «Профилактика кишечных инфекций».
- 11 СП 3.2.3215-14 «Профилактика паразитарных болезней на территории РФ».
- 12 СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза».
- 13 СП 3.1.1.2341-08 "Профилактика вирусного гепатита В"
- 14 СП 3.1.2825-10 "Профилактика вирусного гепатита А"
- 15 СП 3.1.3112-13 "Профилактика вирусного гепатита С"
- 16 Руководство Р.3.5.1904-04 «Использование ультрафиолетового бактерицидного излучения для обеззараживания воздуха в помещениях».
- 17 СП 2.3.6.1079-01 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям общественного питания, изготовлению и оборотоспособности в них пищевых продуктов и продовольственного сырья»
- 18 СП 3.5.1378-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и осуществлению дезинфекционной деятельности»,

Список использованной литературы:

1. Е.Б. Брусина. Эпидемиология внутрибольничных инфекций. Учебно-методическое пособие для студентов старших курсов медицинских институтов и врачей. — Кемерово, КГМА МЗ РФ, 1998.-с.28.
2. Дезинфекция: Учебно-методическое пособие для студентов старших курсов медицинских институтов и врачей. / Под ред. д.м.н., Е.Б. Брусиной. — Кемерово, КГМА МЗ РФ, 2001 .- с.23.
3. Стерилизация: Учебно-методическое пособие для студентов старших курсов медицинских институтов и врачей. / Под ред. д.м.н., Е.Б. Брусиной. — Кемерово, КГМА МЗ РФ, 2001 .- с.27.
4. Руководство по инфекционному контролю в стационаре. Пер. с англ. / Под ред. Р.Венцеля, Т. Бревера. Ж-П. Буцлера - Смоленск: МАКМАХ, 2003г.-272с.
5. О.М. Дроздова. Вирусный гепатит В. Эпидемиология, профилактика. Учебно-методическое пособие для студентов старших курсов медицинских институтов и врачей. - Кемерово, КГМА МЗ РФ, 1999.-с.29.
6. О.М. Дроздова. Вирусный гепатит С. Эпидемиология, профилактика. Учебно-методическое пособие для студентов старших курсов медицинских институтов и врачей. — Кемерово,

КГМА МЗ РФ, 1999.-с.29.

М.Г. Шандала. Перспективы и проблемы современной дезинфектологии. /
Дезинфекционное доло № 3.-