



Министерство здравоохранения ПМР
Министерство просвещения ПМР
Тираспольский медицинский колледж им. Л.А. Тарасевича



СБОРНИК ПРОФЕССИОГРАММ

по МДК 04.03

Технология оказания

медицинских услуг

для специальности среднего профессионального образования

34.02.01 «Сестринское дело»



Тирасполь, 2017

Составители:

Мельничук Л.В – председатель ЦМК основ сестринского дела, преподаватель, высшая квалификационная категория;

Бякина И.С. – преподаватель ЦМК основ сестринского дела, первая квалификационная категория;

Шаронова М.А. – преподаватель ЦМК основ сестринского дела, вторая квалификационная категория;

Паньковская Л.П. – преподаватель ЦМК основ сестринского дела.

Рассмотрено

на заседании ЦМК основ сестринского дела
протокол № ___ от «__» _____ 2017 г.

Председатель ЦМК

_____ Мельничук Л.В.

Утверждено

на заседании методического совета
протокол № ___ от «__» _____ 201__ г.

заведующая научно-методическим отделом

_____ Доробец И.И.

Пояснительная записка

Методическое пособие является приложением к Рабочей тетради по МДК 04.03 «Технология оказания медицинских услуг для студентов специальности 34.02.01 “Сестринское дело”, осваивающих ПМ 04 «Младшая медицинская сестра по уходу за больными». Пособие выполнено в соответствии с требованиями государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования к уровню подготовки специалистов медицинского профиля среднего звена по указанной специальности.

Методическое пособие создано для унифицирования требований преподавателей к технике выполнения практических манипуляций. Данное пособие позволит студентам качественно подготовиться к практическим занятиям, самостоятельно или под контролем преподавателя отработать технику практических манипуляций, обращаясь к инструкциям профессиограмм. Это будет способствовать выработке алгоритма выполнения практических манипуляций, содействовать качественному овладению практическими умениями.

Методическое пособие разработано на основе базовой учебной литературы современных изданий, составленных в соответствии с ГОС СПО III поколения, что дает возможность студентам овладеть профессиональными навыками на высоком уровне с учетом передовых исследований в области практического сестринского дела.

Пособие позволит студентам качественно готовиться к практическим занятиям, промежуточной и итоговой аттестации, использовать инструкции профессиограмм в будущей профессиональной деятельности. В ходе освоения навыков студентами приобретается практический опыт, что в конечном итоге приведет к закреплению общих и формированию профессиональных компетенций будущего специалиста-медика среднего звена.

Содержание

1	Оформление титульного листа медицинской карты стационарного больного	7
2	Оформление статистической карты выбывшего из стационара	9
3	Регистрация пациента при поступлении в стационар	11
4	Оформление направлений в лабораторию, на консультацию, на процедуры	13
5	Измерение роста	14
6	Измерение массы тела	15
7	Измерение окружности грудной клетки	16
8	Осмотр пациента на педикулез и проведение дезинсекционных мероприятий	17
9	Проведение полной и частичной санитарной обработки пациента	19
10	Прием и сдача дежурств в ЛПУ	21
11	Заполнение экстренного извещения об инфекционном заболевании	22
12	Исследование пульса	23
13	Подсчет числа дыхательных движений	24
14	Измерение артериального давления	25
15	Измерение температуры тела пациента в подмышечной области и регистрация данных измерения в температурном листе	26
16	Измерение температуры у пациента в ротовой полости и в прямой кишке	28
17	Обработка термометра после применения	29
18	Инструкция по выполнению демеркуризации загрязненных ртутью поверхностей в ЛПУ	30
19	Составление порционника и порционного требования	32
20	Кормление пациента, находящегося на постельном режиме	33
21	Кормление пациента через назогастральный зонд	34
22	Введение питательных веществ через гастростому	35
23	Смена нательного и постельного белья пациенту, находящемуся на постельном режиме	36
24	Бельевой режим стационара	38
25	Туалет глаз	39
26	Туалет носа	40
27	Обработка слизистой ротовой полости и губ	41
28	Туалет ушей	42
29	Проведение утреннего туалета: умывание, туалет полости рта, расчесывание пациента, находящегося на постельном режиме	43

30	Мытье головы пациента, находящегося на постельном режиме	44
31	Мытье ног и стрижка ногтей пациента, находящегося на постельном режиме	45
32	Подмывание пациента, находящегося на постельном режиме	46
33	Подача пациенту, находящемуся на постельном режиме, судна, мочеприемника	48
34	Профилактика пролежней у пациента, находящегося на постельном режиме	49
35	Применение подкладного круга	50
36	Техника применения медицинских банок	51
37	Техника применения горчичников	52
38	Техника применения пузыря со льдом	53
39	Техника применения грелки	54
40	Постановка согревающего и горячего компрессов	55
41	Постановка холодного компресса (примочка)	57
42	Подача кислорода с помощью кислородной подушки	58
43	Централизованная подача кислорода через аппарат Боброва с помощью носового катетера	59
44	Техника постановки газоотводной трубки	60
45	Техника постановки очистительной клизмы	61
46	Техника постановки сифонной клизмы	63
47	Техника постановки послабляющих клизм: масляной, гипертонической	64
48	Техника постановки лекарственной микроклизмы	66
49	Катетеризация мочевого пузыря женщин мягким катетером	67
50	Катетеризация мочевого пузыря мужчин мягким катетером	69
51	Промывание мочевого пузыря	71
52	Уход за постоянным мочевым катетером	72
53	Оказание помощи пациенту при рвоте	73
54	Техника промывания желудка	75
55	Выборка назначений из истории болезни	77
56	Раздача лекарственных средств для энтерального применения	78
57	Применение мазей	79
58	Применение пластыря с лечебной целью	80
59	Применение ректальных свечей	81
60	Закапывание капель в нос, ухо, глаза	82
61	Техника проведения ингаляций индивидуальным карманным ингалятором	84
62	Определение цены деления шприца	85
63	Сборка одноразового шприца	86
64	Набор лекарственных средств из ампул и флаконов	87
65	Разведение антибиотика (порошкообразная форма)	89

66	Техника внутривенной инъекции	90
67	Расчет дозы инсулина	91
68	Расчет дозы гепарина	92
69	Техника подкожной инъекции	93
70	Техника внутримышечной инъекции	94
71	Наложение венозного жгута	95
72	Взятие крови из вены на биохимические исследования, СПИД и сифилис	96
73	Техника внутривенной инъекции	97
74	Заполнение одноразовой системы для внутривенного капельного вливания	99
75	Техника проведения внутривенного капельного вливания	100
76	Введение периферического венозного катетера	102
77	Сбор мочи на общий анализ	104
78	Сбор мочи по Нечипоренко	105
79	Проведение пробы Зимницкого	106
80	Сбор мочи для определения содержания сахара	107
81	Сбор мочи для бактериологического исследования	108
82	Взятие кала на общий анализ (копрологическое исследование, исследование на яйца гельминтов и простейшие)	109
83	Взятие кала для исследования на скрытую кровь	110
84	Сбор мокроты на общий анализ	111
85	Сбор мокроты для определения микобактерий туберкулеза	112
86	Сбор мокроты для бактериологического исследования	113
87	Подготовка пациента к рентгенологическому исследованию желудка, кишечника, мочевыделительной системы	114
88	Подготовка пациента к эндоскопическим исследованиям	116
89	Подготовка пациента к ультразвуковому исследованию (УЗИ)	118
90	Освобождение дыхательных путей от инородного тела взрослому пострадавшему	119
91	Искусственная вентиляция легких (ИВЛ) «рот в рот»	121
92	Искусственная вентиляция легких (ИВЛ) «рот в нос»	122
93	Методика проведения «прекардиального удара»	123
94	Непрямой массаж сердца	124
95	Проведение комплекса сердечно-легочной реанимации (СЛР)	125
96	Подготовка тела умершего к переводу в патологоанатомическое отделение	126

МАНИПУЛЯЦИЯ № 1.
«ОФОРМЛЕНИЕ ТИТУЛЬНОГО ЛИСТА МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ
СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО»

Цель: регистрация и учет стационарных больных.

Показания: госпитализация пациента в стационар.

Оснащение: медицинская карта стационарного больного — форма 003/у.

Последовательность действий

Заполнить титульный лист медицинской карты стационарного больного по следующим графам указанной формы:

- порядковый номер медицинской карты стационарного больного;
- дата (число, месяц, год) и время (часы, минуты) поступления;
- паспортная часть (фамилия, имя, отчество — ФИО, пол, возраст, дата рождения, количество полных лет), домашний адрес, телефон, место работы, должность, телефон или адрес ближайших родственников, если пациент одинок;
- доставлен в стационар по экстренным показаниям (подчеркнуть);
- диагноз направившего учреждения;
- номер страхового полиса.

Сделать отметки:

- аллергическая реакция на лекарства, пищевые продукты;
- вирусный гепатит, глаукома (дата болезни);
- выявленный педикулез;
- вид санитарно-гигиенической обработки;
- вид транспортировки;
- температура пациента при поступлении;
- отметка о реакции Вассермана;
- номер и серия паспорта, номер и серия страхового полиса.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПМР

наименование учреждения

Код формы по ОКУД

Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация

Форма № 0003-У

Медицинская карта № _____
стационарного больного

Дата и время поступления _____

Дата и время выписки _____

Отделение _____ палата № _____

Переведён в отделение _____

Проведено койко-дней _____

Виды транспортировки: на каталке, на кресле, может идти (подчеркнуть)

Группа крови _____

Резус-принадлежность _____

Побочное действие лекарств (непереносимость) _____

название препарата, характер побочного действия

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Пол _____

3. Возраст _____ (полных лет, для детей до 1 года – месяцев, до 1 месяца – дней)

4. Постоянное место жительства: город, село (подчеркнуть)

вписать адрес, указав для приезжих – область, район, нас. пункт, адрес родственников и № телефона

5. Место работы, профессия или должность

для учащихся – место учёбы, для детей – название детского учреждения, школы,

для инвалидов – год и группа инвалидности, инв. да, нет, (подчеркнуть)

6. Кем направлен больной

название лечебного учреждения

7. Доставлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет, через _____ часов после начала заболевания, получения травмы; госпитализирован в плановом порядке (подчеркнуть).

8. Диагноз направившего учреждения _____

9. Диагноз при поступлении _____

10. Диагноз клинический _____

Дата установления _____

11. Диагноз заключительный клинический

а) основной: _____

б) осложнение основного: _____

в) сопутствующий: _____

МАНИПУЛЯЦИЯ № 2.
**«ОФОРМЛЕНИЕ СТАТИСТИЧЕСКОЙ КАРТЫ ВЫБЫВШЕГО
ИЗ СТАЦИОНАРА»**

Цель: статистический учет заболеваемости населения с учетом стационарного лечения.

Оснащение: статистическая карта выбывшего из стационара — форма 066/у.

Последовательность действий

1. Отметить наименование лечебного учреждения.
2. Указать паспортные данные пациента: ФИО, пол, дата рождения (год, месяц, число), адрес постоянного места жительства.
3. Заполнить левую сторону карты по следующим графам:
 - жителем города или села является пациент;
 - кем направлен в лечебное учреждение;
 - в какое отделение;
 - профиль коек;
 - доставлен в стационар по экстренным показаниям или нет;
 - через сколько часов после заболевания (получения травмы) поступил в стационар; дата поступления в стационар (год, месяц, число, час, минуты).
4. Вложить заполненную карту в медицинскую карту стационарного больного и доставить в отделение госпитализации пациента.

Примечание: паспортную часть и левую сторону карты заполняет медицинская сестра приемного отделения на основании медицинской карты стационарного больного, другие графы заполняет врач.

		Код формы по ОКУД _____
		Код учрежд. по ОКПО _____
Министерство здравоохранения		Медицинская документация форма №066/у.
Наименование учреждения <i>50-я городская больница</i>		
СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА выбывшего из стационара		
1. Фамилия, имя, отчество _____ <i>Колосов Иван Юрьевич</i>		
Пол <input type="checkbox"/> Муж. <input checked="" type="checkbox"/> Жен.	Дата рождения _____ <i>1944, апрель 20</i> (год, месяц, число)	
2. Проживает постоянно (адрес) _____ <i>Москва, Семеновская ул.</i> <i>дом. 72, кв. 90</i>		
Житель: (подчеркнуть) _____ города - 1 _____ села - 2	7. Исход заболевания (подчеркнуть)	
3. Кем направлен больной _____ <i>врачем скорой помощи</i>	1) выписан - 1 2) умер - 2 3) переведен - 3	
Отделение <u>IV</u>	7а. Дата выписки, смерти	
Профиль коек _____ <i>кардиология</i>	19____ г. _____ месяц _____ число _____ час.	
4. Доставлен в стационар по экстренным показаниям _____ да 1 (подчеркнуть) _____ нет 2	7б. Проведено дней _____	
5. Через сколько часов после заболевания (получения травмы) (подчеркнуть)	8. Диагноз направившего учреждения	
1) в первые 6 час. - 1 2) 7-24 час. - 2 3) позднее 24 час. - 3	_____	
6. Дата поступления в стационар	9. Госпитализирован в данном городе по поводу данного заболевания:	
19 <u>96</u> г. _____ <i>май</i> _____ месяц	впервые - 1 повторно - 2	
<u>12</u> _____ число <u>15.35</u> _____ час.		

ТАЛОН
на иногороднего больного

1. Стационар
2. И/б
3. Возраст
4. Пол
5. Место жит-ва
6. Город/село
7. Исход заб-ния
8. Канал госп.
9. Место и год выписки
10. Отделение
11. План/экстр.
12. Пров-мо дней
13. Госпитал. вперв./повт.

МАНИПУЛЯЦИЯ № 3.
«РЕГИСТРАЦИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В СТАЦИОНАР»

Цель: учет пациентов, поступивших в стационар на госпитализацию.

Показания: госпитализация в стационар.

Оснащение: журнал учета приема больных — форма 001/у.

Последовательность действий

1. Заполнить журнал по следующим графам указанной формы:

- порядковый номер, дата и время госпитализации;
- паспортные данные пациента (фамилия, имя, отчество, дата рождения, полное количество лет, домашний адрес, где работает и кем);
- откуда и кем доставлен пациент;
- диагноз направившего учреждения (поликлиники, скорой помощи и т. п.);
- диагноз приемного отделения;
- куда направлен пациент (название отделения);
- какая помощь оказана пациенту в приемном отделении.

2. В случае отказа в госпитализации отметить:

- причину отказа в госпитализации;
- рекомендации, данные пациенту.

Примечание. Причины отказа от госпитализации:

- отказ пациента от госпитализации;
- диагностическая ошибка направившего учреждения;
- отсутствие показаний для госпитализации после оказания квалифицированной помощи.

Министерство
здравоохранения

наименование учреждения

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация
Форма № 001/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. № 1030

Журнал

учета приема больных и отказов в госпитализации

№ п/п	Поступление		Фамилия, имя, отчество	Дата рождения	Постоянное место жительства или адрес родственников, близких и номер телефона	Каким учреждением был направлен или доставлен	Отделение, в которое помещен больной
	дата	час					
1	2	3	4	5	6	7	8

Номер карты стационарного больного (истории родов)	Диагноз направившего учреждения	Выписан, переведен в другой стационар, умер (вписать и указать дату и название стационара, куда переведен)	Отметка о сообщении родственникам или учреждению	Если не был госпитализирован		Примечание
				указать причину и принятые меры	отказ в приеме первичный, повторный (вписать)	
9	10	11	12	13	14	15

МАНИПУЛЯЦИЯ № 4.
**«ОФОРМЛЕНИЕ НАПРАВЛЕНИЙ В ЛАБОРАТОРИЮ,
НА КОНСУЛЬТАЦИЮ, НА ПРОЦЕДУРЫ»**

Цель: правильно оформить направление.

Показания: назначение врача.

Оснащение: бланки, этикетки.

Последовательность действий

В бланке направления в лабораторию поликлиники укажите:

1. Название лаборатории (клиническая, биохимическая, бактериологическая и т.д.).
2. Фамилию, имя, отчество пациента.
3. Возраст.
4. Номер истории болезни.
5. Название отделения, номер палаты (при амбулаторном обследовании – домашний адрес).
6. Материал.
7. Цель исследования.
8. Дату; подпись медицинской сестры, оформляющей направление.

НАПРАВЛЕНИЕ НА АНАЛИЗ №.....
"....."..... 20.....г.

В лабораторию.....
Ф.И.О.....
..... Возраст.....
Учрежд..... отд-ие.....
палата..... участок..... карта №.....
Диагноз, гр. дисп. учета.....
Исследовать (ук-ть консервант).....
Подпись врача:.....

Примечания:

1. При направлении в лаборатории крови от пациентов, перенесших ОВГ или контактных по гепатиту, сделать маркировку.
2. При оформлении мазков из зева и носа на ВЛ (возбудителя дифтерии) обязательно укажите дату и час забора материала.

В направлении на процедуру укажите:

1. Фамилию, имя, отчество пациента.
2. Возраст.
3. Диагноз.
4. Куда направлен.
5. Цель (массаж, ЛФК и т.д.).
6. Подпись врача (назначившего процедуру).

МИНЗДРАВ РФ
Наименование учреждения.....

Код формы по ОКЗД.....
Код учреждения по ОКПО.....
Медицинская документация
Форма № 025/у.
Утв. Минздравом СССР 04.10.80.
№ 1030

**НАПРАВЛЕНИЕ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ
И ВО ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ КАБИНЕТЫ**

Фамилия.....
Имя..... Отчество.....
Диагноз.....
направлен..... куда.....
для.....
"....."..... 2000 г. Подпись.....

На этикетке в лабораторию стационара напишите:

1. Номер или название отделения, номер палаты, номер истории болезни.
2. Фамилию, имя, отчество и возраст пациента.
3. Вид исследования.
4. Дату и подпись медицинской сестры.

Примечание. Учет направлений в лаборатории, на консультации и на процедуры регистрируется в соответствующем журнале.

МАНИПУЛЯЦИЯ № 5. «ИЗМЕРЕНИЕ РОСТА»

Цель: оценка физического развития.

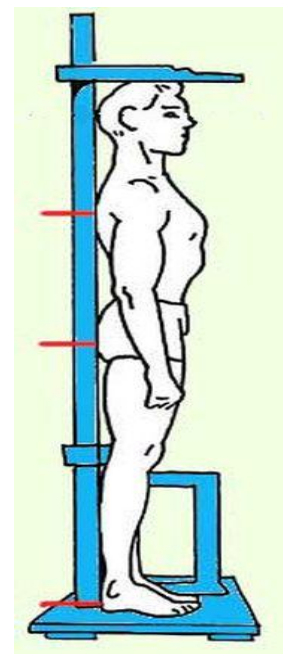
Показания: контроль за физическим развитием детей, подростков и взрослых; нарушения функций гипофиза; по назначению врача.

Оснащение: вертикальный ростомер, клеенка, емкость с дезинфицирующим раствором, учетная документация.

Последовательность действий

I. Измерение роста стоя

1. Постелить клеенку на площадку ростомера.
2. Встать сбоку от ростомера, поднять откидное сиденье, затем передвинуть измерительную планку выше предполагаемого роста пациента.
3. Попросить пациента без обуви и головного убора встать на площадку ростомера, касаясь шкалы четырьмя точками: пятками, ягодицами, лопатками и затылком.
4. Проверить положение головы по линии, соединяющей наружный угол глаза и верхний край уха, — она должна быть горизонтальной.
5. Опустить измерительную планку на темя пациента и прижать ее к шкале ростомера.
6. Попросить пациента сойти с площадки ростомера.
7. Снять показания по правой (светлой) стороне шкалы ростомера.
8. Закрыть откидное сиденье и опустить планку.
9. Записать данные измерения в учетную документацию.
10. Положить клеенку в емкость с дезинфицирующим раствором.



II. Измерение роста сидя

1. Встать сбоку от ростомера, постелить клеенку на откидное сиденье.
2. Поднять измерительную планку выше предполагаемого роста пациента.
3. Попросить пациента сесть на откидное сиденье ростомера, касаясь шкалы тремя точками: ягодицами, лопатками и затылком.
4. Проверить положение головы по линии, соединяющей наружный угол глаза и верхний край уха, — она должна быть горизонтальной.
5. Опустить измерительную планку на темя пациента и прижать ее к шкале ростомера.
6. Попросить пациента встать с откидного сиденья ростомера.
7. Снять показания по левой (темной) стороне шкалы ростомера, опустить планку.
8. Записать данные измерения в учетную документацию.
9. Положить клеенку в емкость с дезинфицирующим раствором.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 6.

«ИЗМЕРЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА»

Цель: оценка физического развития.

Показания: контроль за физическим развитием детей, подростков и взрослых; заболевания сердечно-сосудистой, мочевыделительной, эндокринной систем; по назначению врача.

Оснащение: медицинские весы, клеенка, резиновые перчатки, емкость с дезинфицирующим раствором, учетная документация.

Последовательность действий

1. Отрегулировать медицинские весы: открыть затвор арретира, проверить, уравновешено ли коромысло весов. Если подвижное коромысло находится ниже неподвижного, то поворачивать регулировочную гайку против часовой стрелки; если выше — по часовой стрелке до уравновешивания коромысла. Регулировочная гайка находится в левой стороне подвижного коромысла. После регулировки закрыть затвор арретира.

2. Постелить клеенку на платформу весов.

3. Попросить пациента без обуви, в нижнем белье встать на центр платформы весов при закрытом затворе арретира.



4. Спросить у пациента его ориентировочный вес.

5. Установить килограммовые гири до указанного пациентом веса.

6. Открыть затвор арретира и передвигать граммовые гири до уравновешивания коромысла весов.

7. Закрыть затвор арретира.

8. Попросить пациента сойти с платформы весов.

9. Снять показания, занести результаты в учетную документацию.

10. Положить клеенку в емкость с дезинфицирующим раствором.

Примечание: взвешивание проводится утром, натощак, после опорожнения мочевого пузыря и кишечника, в одном и том же нательном белье.

МАНИПУЛЯЦИЯ № 7. **«ИЗМЕРЕНИЕ ОКРУЖНОСТИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ»**

Цель: оценка физического развития.

Показания: контроль за физическим развитием детей, подростков и взрослых; заболевания дыхательной системы; по назначению врача.

Оснащение: сантиметровая лента с петлей, учетная документация.

Последовательность действий

1. Попросить пациента раздеться, встать прямо и развести руки в стороны.
2. Приложить сантиметровую ленту вокруг грудной клетки пациента, правой рукой держа за петлю, левой рукой — за свободный край ленты:
 - сзади по нижним углам лопаток;
 - спереди у мужчин и детей по нижнему краю околососковых кружков, у женщин — над грудными железами на уровне верхнего края IV ребра.
3. Попросить пациента опустить руки.
4. Попросить пациента сделать максимальный вдох, запомнить показание на сантиметровой ленте, соответствующее окружности грудной клетки при максимальном вдохе.
5. Попросить пациента сделать максимальный выдох, запомнить показание на сантиметровой ленте, соответствующее окружности грудной клетки при максимальном выдохе.
6. Попросить пациента медленно сказать свои ФИО, запомнить показания на сантиметровой ленте, соответствующее паузе (спокойное состояние).
7. Записать полученные результаты в учетную документацию.
8. Определить показатель размаха грудной клетки, который соответствует разнице между показаниями при максимальном вдохе и выдохе.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 8.
«ОСМОТР ПАЦИЕНТА НА ПЕДИКУЛЕЗ И ПРОВЕДЕНИЕ
ДЕЗИНСЕКЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ»

Цель: профилактика в стационаре.

Показания: поступление пациента в стационар.

Противопоказания для проведения дезинсекции: аллергия на овоцидные средства, заболевания кожи, беременность, детям до 5 лет.

Оснащение: противопедикулезный набор: овоцидные препараты: 0,15%-ный раствор карбофоса или 0,25%-ный раствор дикрезила или мыльно-керосиновая эмульсия (450 мл жидкого мыла на 350 мл керосина и 200 мл дистиллированной воды), лосьоны «Ниттифор», «Лонцид», средство «Медифокс»; растворы уксусной кислоты 6%, 15%; простыня; косынки (прорезиненная и из х/б ткани 2–3 шт.); клеенчатая пелерина, клеенчатый и х/б мешок для личных вещей пациента: с двумя карманами — для головного убора и обуви; ватные тампоны, частый гребень (металлический). Корнцанг, клеенка, кувшин с водой температурой 37–38°C, оцинкованное ведро, таз, лоток; спецодежда медицинской сестры: халат, косынка, маска, резиновые перчатки, клеенчатый фартук; экстренное извещение.

Последовательность действий

1. Осмотреть волосистые части тела пациента:
 - для выявления головного педикулеза — височную и затылочную области, брови, ресницы;
 - для выявления лобкового педикулеза — область лобка, подмышечные впадины, бороду;
 - для выявления платяного педикулеза — внутренние швы и складки белья.
2. При выявлении головного педикулеза изолировать пациента в санпропускник.
3. Надеть медицинской сестре спецодежду.
4. Отлить в лоток приготовленное овоцидное средство.
5. Постелить на кушетку клеенку, обработать ее одним из овоцидных средств, усадить на нее пациента.
6. Обработать салфеткой, смоченной овоцидным средством, внутреннюю поверхность клеенчатого мешка.
7. Раздеть пациента, поместить одежду пациента в мешок из х/б ткани, а затем в клеенчатый, прикрыть обнаженное тело простыней, накрыть клеенчатой пелериной плечи.
8. Поставить таз перед пациентом.
9. Наложить жгут из х/б ткани (косынки) на лоб пациента.
10. С помощью корнцанга взять ватный тампон, смочить в лотке с овоцидным средством, слегка отжать.
11. Обработать смоченным тампоном последовательно всю поверхность головы у корней волос, распределяя волосы гребешком на пряди.
12. Положить гребешок и ватные тампоны в лоток для отработанного материала.
13. Покрыть волосы клеенчатой косынкой, затем косынкой из х/б ткани, герметично завязать, оставить на 20 мин.

14. Снять косынки, поместить их в прорезиненный мешок.
15. Промыть волосы, поливая теплой водой из кувшина над тазом.
16. Ополоснуть волосы 6%-ным раствором столового уксуса, экспозиция 30 секунд.
17. Высушить волосы полотенцем и прочесать частым гребнем до полного вычесывания вшей и гнид.
18. Отправить пациента на общую санитарно-гигиеническую обработку.
19. Погрузить предметы ухода, используемые при обработке, в овоцидное средство на 30 мин.
20. Обработать помещение тем же раствором, используя распылитель.
21. Снять спецодежду медицинской сестры и поместить во второй прорезиненный мешок.
22. Обработать горловины мешков тампоном с овоцидным средством и отправить в дезкамеру.
23. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.
24. Сделать отметку о выявлении педикулеза и проведении дезинсекции на титульном листе истории болезни больного: поставить дату проведения обработки и подпись медицинской сестры.
25. Заполнить экстренное извещение и в течение 2-х часов отправить в центр санитарно-эпидемиологического надзора (ЦСЭН) по месту выявления педикулеза.
26. Внести сведения о выявлении педикулеза в журнал учета педикулезных больных (ф-60).

Примечание:

- 1) при использовании мыльно-керосиновой эмульсии (МКЭ) дополнительно волосы обработать 15%-ным раствором столового уксуса, предварительно подогретого до 27°C;
- 2) при обильной завшивленности рекомендуется волосы пациенту остричь и сжечь их в оцинкованном ведре;
- 3) беременных, кормящих матерей и детей до 5 лет обрабатывают инсектицидными препаратами, не имеющими противопоказаний;
- 4) пациент, санированный в приемном отделении по педикулезу, при поступлении в лечебное отделение осматривается повторно;
- 5) все пациенты, находящиеся на лечении, осматриваются на педикулез каждые 7 дней, при необходимости обработку педикулеза повторяют.



17



МАНИПУЛЯЦИЯ № 9. **«ПРОВЕДЕНИЕ ПОЛНОЙ И ЧАСТИЧНОЙ САНИТАРНОЙ ОБРАБОТКИ ПАЦИЕНТА»**

Цель: соблюдение личной гигиены пациента.

Показания: плановая гигиеническая обработка, поступление пациента в стационар, нарушение физиологических отправления.

Вид санитарной обработки определяет врач.

1. Полная санитарная обработка

Оснащение: чистое нательное и постельное белье, полотенце — 3 штуки, клеенчатый мешок для грязного белья, чистая мочалка, емкость для использованных мочалок, водный термометр, упор для ног, мыло, резиновые перчатки, деревянная решетка, клеенчатый фартук, скамейка для ванны, емкость с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

Проведение ванны

1. Приготовить ванную комнату для проведения процедуры: закрыть форточки, поместить деревянную решетку на пол около ванны.
2. Проверить температуру воздуха в ванной комнате (25°C).
3. Заполнить ванну на половину ее объема водой температурой 37°C.
4. Надеть медицинской сестре фартук, перчатки.
5. Помочь раздеться пациенту.
6. Усадить пациента в ванну, в ножной конец для упора поставить подставку, вода должна доходить до уровня мечевидного отростка.
7. Вымыть голову пациента, мыть пациента мочалкой с мылом в последовательности: туловище, верхние конечности, нижние конечности, паховая область, промежность.
8. Ополоснуть пациента чистой водой.
9. Помочь пациенту выйти из ванны, вытереть в той же последовательности согретым полотенцем.
10. Помочь пациенту одеться в чистое белье и высушить волосы.
11. Подстричь при необходимости пациенту ногти на руках и на ногах.
12. Сопроводить пациента в палату (при необходимости транспортировать).
13. Белье, использованные полотенца сложить в мешок для грязного белья.
14. Спустить воду и провести санитарную обработку ванны, дезинсекцию предметов ухода.
15. Снять перчатки, погрузить в дезинфицирующий раствор, вымыть руки. *Б.*



Проведение гигиенического душа

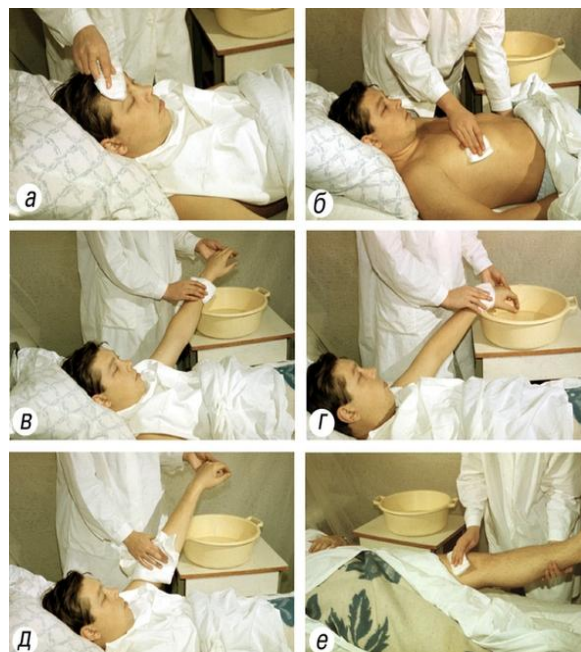
1. Приготовить душевую для проведения процедуры: закрыть форточки, поместить деревянную решетку на пол.
2. Проверить температуру воздуха в душевой (25°C).
3. Надеть фартук, перчатки, вымыть ванну (душевую кабину).
4. Включить душ, отрегулировать температуру воды.
5. Поставить в ванну небольшую скамеечку и усадить на нее пациента.
6. Вымыть пациента в последовательности, см. п. 7 — проведение ванны.
7. Ополоснуть пациента чистой водой.
8. Помочь пациенту выйти из ванной (душа), вытереть согретым полотенцем.
9. Помочь пациенту одеться и дойти до палаты (при необходимости транспортировать).
10. Белье, использованные полотенца сложить в мешок для грязного белья.
11. Спустить воду и провести санитарную обработку душевой кабины, дезинфекцию предметов ухода.
12. Снять перчатки, погрузить в дезинфицирующий раствор, вымыть руки.

II. Частичная санитарная обработка (обтирание, обмывание, протирание)

Оснащение: емкость с водой температурой 42°C, клеенка с пленкой, губка или марлевая салфетка, полотенце — 2 штуки, резиновые перчатки.

Последовательность действий

1. Вымыть руки, надеть перчатки.
2. Подстелить под лежачего пациента клеенку с пленкой. Смочить губку (салфетку) водой, отжать и обтереть лицо, шею, уши, грудную клетку, подмышечные области (у женщин — складку под молочными железами), руки.
4. Вытереть насухо эти части тела полотенцем и прикрыть их одеялом.
5. Таким же образом обтереть живот, паховые складки, промежность и нижние конечности.
6. Вытереть пациента насухо, для ног взять другое полотенце.
7. Убрать клеенку с пленкой и укрыть пациента.
8. Провести дезинфекцию предметов ухода и использованного инвентаря.
9. Снять перчатки, погрузить в дезинфицирующий раствор, вымыть руки.



Примечание:

- 1) в процессе проведения процедуры следить за внешним видом и состоянием пациента (цвет кожи, дыхание, пульс);
- 2) после выполнения процедуры сделать отметку в истории болезни пациента о проведенной гигиенической обработке.

МАНИПУЛЯЦИЯ № 10. **«ПРИЕМ И СДАЧА ДЕЖУРСТВ В ЛПУ»**

Приём и сдача поста медицинской сестрой

Приём и сдача медицинской сестрой поста – один из важнейших аспектов её работы. В случае неявки следующей смены медицинская сестра не имеет права покидать пост.

Порядок приёма и сдачи дежурства

1. Обход палат: знакомство со вновь поступившими больными, оценка состояния тяжелобольных (сдающая дежурство медицинская сестра должна сообщить заступающей на смену медицинской сестре об изменениях в состоянии пациентов). Передача срочных и невыполненных назначений: сдающая дежурство медицинская сестра должна сообщить заступающей на смену об объёме врачебных назначений – что было выполнено, какие назначения предстоит выполнить.
2. Проверка совместно с младшим персоналом санитарного состояния помещений.
3. Передача лекарственных препаратов, подлежащих особому учету (сверка с журналами фактического наличия медикаментов в сейфе, обе медицинские сестры расписываются в журнале учёта наркотических и сильнодействующих средств, журнале передачи ключей от сейфа).
4. Передача медицинских препаратов и оборудования (медицинская сестра сверяет с журналами фактическое наличие медикаментов, медицинских инструментов и предметов по уходу).
5. Передача медицинской документации поста.
6. Документирование факта приема-сдачи дежурства (обе медицинские сестры подписываются в журнале приёма и сдачи дежурств).
7. Рабочее совещание «Пятиминутка».



МАНИПУЛЯЦИЯ № 11.
**«ЗАПОЛНЕНИЕ ЭКСТРЕННОГО ИЗВЕЩЕНИЯ
ОБ ИНФЕКЦИОННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ»**

Цель: предупреждение распространения инфекционного заболевания.

Показания: впервые выявленное инфекционное заболевание.

Оснащение: экстренное извещение (ф-058/у).

Последовательность действий

1. Заполнить экстренное извещение в 2 экземплярах по следующим графам указанной формы:
 - диагноз;
 - паспортные данные пациента: ФИО, возраст, домашний адрес, место работы;
 - противоэпидемические мероприятия, проведенные с пациентом и контактными;
 - срок и место госпитализации;
 - дата, время первичной сигнализации о заболевании в ЦСЭН;
 - список контактирующих с пациентом людей, их домашние адреса, номера телефонов;
 - подпись медицинского работника.
2. Отправить экстренное извещение в ЦСЭН не позднее двух часов с момента выявления или подозрения инфекционного заболевания.
3. Заполнить журнал инфекционных больных (ф-60).

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. № _____	
6. Наименование и адрес места работы (учебы, детского учреждения) _____	
7. Даты: заболевания _____ первичного обращения (выявления) _____ установления диагноза _____ последующего посещения детского учреждения, школы _____	
госпитализации _____	
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 _____	

МАНИПУЛЯЦИЯ № 12.

«ИССЛЕДОВАНИЕ ПУЛЬСА»

Цель: определение функционального состояния сердечно-сосудистой системы.

Показания: заболевания, влияющие на состояние сердечно-сосудистой системы.

Противопоказания: нет.

Оснащение: секундомер.

Последовательность действий

1. Сестра напротив пациента.
2. Взять руки пациента, свободно лежащие ладонями вниз (правой рукой левую, левой — правую), предплечье и кисть пациента должны быть расслаблены.
3. Вторым, третьим и четвертым пальцами найти пульсирующую лучевую артерию у основания большого пальца руки пациента.
4. Нащупать пульс и слегка сдавить артерию пальцами так, чтобы он отчетливо пальпировался. Нельзя давить слишком сильно, чтобы не пережать артерию полностью.
5. Дать характеристику пульса по следующим показателям:
 - синхронность — совпадение пульсовых ударов на обеих руках;
 - при синхронном пульсе дальнейшую характеристику дают по одной руке;
 - ритмичность пульса — равномерное чередование пульсовых волн; при неравномерном чередовании пульс считается аритмичным;
 - частота пульса — количество пульсовых ударов в одну минуту. В норме 60–80 уд. мин; свыше 80 уд. мин. — тахикардия; ниже 60 уд. мин — брадикардия (при ритмичном пульсе — подсчитать количество ударов за 15 (30) секунд и умножить на 4 (2); при аритмичном пульсе — считать количество ударов за 1 мин);
 - наполнение пульса — наполнение артерий кровью (сила пульсовых ударов), различают полный, слабый, нитевидный пульс;
 - напряжение пульса определяют по силе, с которой нужно прижать лучевую артерию, чтобы полностью прекратить ее пульсовые колебания, различают умеренный, напряженный, мягкий пульс.
6. Отметить результаты в температурном листе: по горизонтали точками красного цвета отмечают частоту пульса, по вертикали — дату. При соединении точек получают «кривую динамики частоты пульса».



МАНИПУЛЯЦИЯ № 13. «ПОДСЧЕТ ЧИСЛА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ»

Цель: определение функционального состояния дыхательной и сердечно-сосудистой систем.

Показания: заболевания органов дыхания, сердечно-сосудистой системы.

Противопоказания: нет.

Оснащение: секундомер.

Последовательность действий

1. В положении больного лежа или сидя взять руку больного как для подсчета пульса и вместе со своей рукой положить ему на грудь.
2. По движению грудной клетки подсчитать число дыхательных движений (ЧДД) за 1 мин (считать вдохи или выдохи) — в норме ЧДД — 16–20 в минуту.
3. Отметить результат в температурном листе: по горизонтали точками зеленого цвета отмечают ЧДД, по вертикали — дату. При соединении точек получают «кривую динамики ЧДД».

Примечание: при подсчете числа дыхательных движений пациент не должен фиксировать внимание на данной процедуре.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 14. **«ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ»**

Цель: определение функционального состояния сердечнососудистой системы.

Показания: заболевания сердечно-сосудистой, эндокринной систем.

Противопоказания: нет.

Оснащение: тонометр, фонендоскоп.

Последовательность действий

1. Пациента усадить или уложить.
2. Руку больного свободно положить в разогнутом состоянии ладонью вверх.
3. Аппарат поставить на одном уровне с рукой больного.
4. На обнаженное плечо на 2–3 см выше локтевого сгиба плотно наложить манжету (между манжетой и кожей больного должен проходить палец, трубки манжеты должны быть обращены вниз по боковой поверхности предплечья).
5. Соединить трубки манжеты с манометром аппарата.
6. Пальпаторно найти на локтевом сгибе пульсацию локтевой артерии, приложить к этому месту фонендоскоп плотно, но без давления.
7. Закрывать вентиль баллончика, постепенно накачать им воздух на 20 мм рт. ст. выше предполагаемого уровня артериального давления пациента.
8. Открыть вентиль и медленно выпускать воздух, наблюдая за шкалой манометра:
 - первый выслушиваемый тон указывает по шкале манометра уровень систолического давления, последний — диастолического;
 - разница между систолическим и диастолическим давлением называется пульсовым давлением (ПД).
9. Разъединить трубки, снять манжету.
10. Отметить результат в температурном листе в виде заштрихованного прямоугольника красного цвета, верхняя граница которого соответствует систолическому давлению, нижняя граница — диастолическому.

Примечание: формулы для определения артериального давления, соответствующего возрасту больного: систолическое давление: $102 + 0,6n$; диастолическое давление: $63 + 0,4n$, где n — возраст больного.



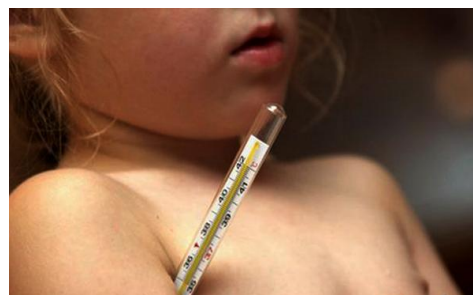
МАНИПУЛЯЦИЯ № 15.

«ИЗМЕРЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ПАЦИЕНТА В ПОДМЫШЕЧНОЙ ОБЛАСТИ И РЕГИСТРАЦИЯ ДАННЫХ ИЗМЕРЕНИЯ В ТЕМПЕРАТУРНОМ ЛИСТЕ»

Цель: диагностическая, контроль за состоянием здоровья пациента.

Показания: в плановом порядке 2 раза в день: утром с 6:00 до 8:00, вечером с 17:00 до 19:00 и дополнительно по назначению врача.

Противопоказания: местные воспалительные процессы, ожоги в подмышечной области.

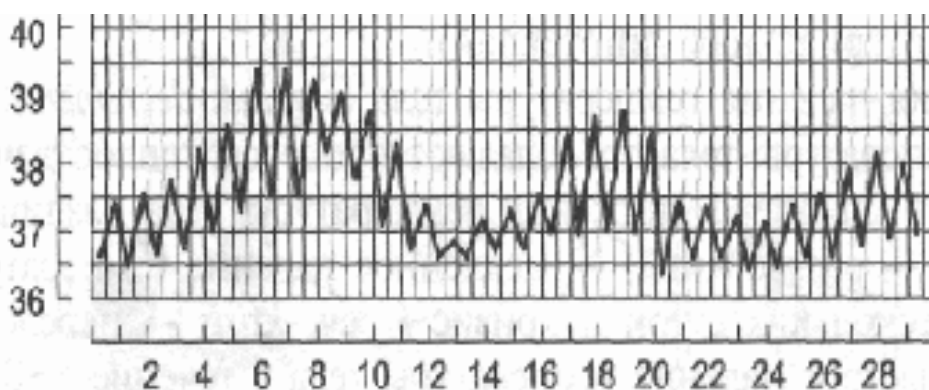


Оснащение: медицинский ртутный термометр, резиновые перчатки, часы, ручка, температурный лист, марлевая салфетка, емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

1. Вымыть руки, надеть перчатки.
2. Осмотреть подмышечную впадину пациента и вытереть ее насухо салфеткой.
3. Проверить целостность термометра, стряхнуть ртуть до отметки ниже 35°C .
4. Поместить термометр в подмышечную область пациента, так чтобы ртутный резервуар со всех сторон соприкасался с телом (обратить внимание, чтобы между телом и термометром не было нательного белья пациента).
5. Попросить пациента прижать плечо к грудной клетке.
6. Через 10 мин извлечь термометр и определить его показания.
7. Стряхнуть ртуть в термометре ниже отметки 35°C .
8. Погрузить термометр, салфетку и перчатки в соответствующие емкости для дезинфекции, вымыть руки.
9. Занести результаты измерения в индивидуальный температурный лист пациента точками синего цвета (утреннюю и вечернюю температуру):
 - при соединении этих точек получается «температурная кривая»;
 - цена одного деления по шкале «ТО» температурного листа соответствует $0,2^{\circ}\text{C}$.

Примечание: нормальная температура тела в подмышечной области — $36-37^{\circ}\text{C}$.



Код формы по ОКУД _____
 Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация Форма № 004/у
 Утверждена Минздравом СССР 04.10.80 г. № 1030

наименование учреждения _____

ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ

Карта № _____ ФИО больного _____ Палата № _____

Дата																									
День болезни																									
День пребывания в стационаре			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15								
П	АД	Т	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	
			140	200	41																				
120	175	40																							
100	150	39																							
90	125	38																							
80	100	37																							
70	75	36																							
60	50	35																							
Дыхание																									
Вес																									
Выпито жидкости																									
Суточное кол-во мочи																									
Стул																									
Ванна																									

МАНИПУЛЯЦИЯ № 16. **«ИЗМЕРЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ У ПАЦИЕНТА В РОТОВОЙ ПОЛОСТИ И В ПРЯМОЙ КИШКЕ»**

Цель: диагностическая.

Показания: определяет врач.

Противопоказания: травмы и заболевания слизистой ротовой полости, диарея, заболевания прямой кишки.

Оснащение: резиновые перчатки, термометры специальные: ректальный и для измерения температуры в полости рта, вазелин, шпатель, салфетки, часы, температурный лист, лоток для отработанного материала, емкости с дезраствором.

Последовательность действий

I. Измерение температуры в ротовой полости

1. Вымыть руки, надеть перчатки.
2. Проверить исправность термометра, стряхнуть до 35°C.
3. Попросить пациента открыть рот.
4. Поместить резервуар термометра под язык пациента, попросить пациента удерживать губами корпус термометра (нельзя сжимать термометр зубами).
5. Извлечь термометр через 10 мин и определить его показания.
6. Стряхнуть ртуть в термометре до отметки ниже 35 °С.
7. Погрузить термометр и перчатки в соответствующие емкости для дезинфекции.
8. Вымыть руки.
9. Отметить показатели температуры в температурном листе пациента.



Осложнения: травма слизистой полости рта, отравление ртутью при нарушении целостности термометра.

II. Измерение температуры в прямой кишке

1. Вымыть руки, надеть перчатки.
2. Проверить исправность термометра.
3. Уложить пациента на бок, попросить согнуть ноги в коленях и прижать их к животу.
4. Нанести шпателем на салфетку вазелин, обработать ею ректальный термометр на 1/2 его длины.
5. Раздвинуть ягодицы пациента левой рукой, а правой ввести резервуар термометра за внутренний сфинктер прямой кишки на 3 см.
6. Извлечь термометр через 10 мин с помощью салфетки, определить его показания и поместить в лоток для отработанного материала.
7. Вытереть салфеткой область заднего прохода и поместить салфетку в лоток для отработанного материала.
8. Погрузить термометр, салфетки в соответствующие емкости для дезинфекции.
9. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезраствором, вымыть руки.



Осложнения: травма слизистой прямой кишки.

Примечание:

- 1) измерение Т в прямой кишке можно проводить в положении лежа на спине;
- 2) стряхивание ртути ректального термометра производится только после полной его обработки.

МАНИПУЛЯЦИЯ № 17.
«ОБРАБОТКА ТЕРМОМЕТРА ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ»

Цель: профилактика внутрибольничной инфекции.

Оснащение: термометры, резиновые перчатки, футляры для хранения термометров, марлевые салфетки, емкости с дезинфицирующим раствором.

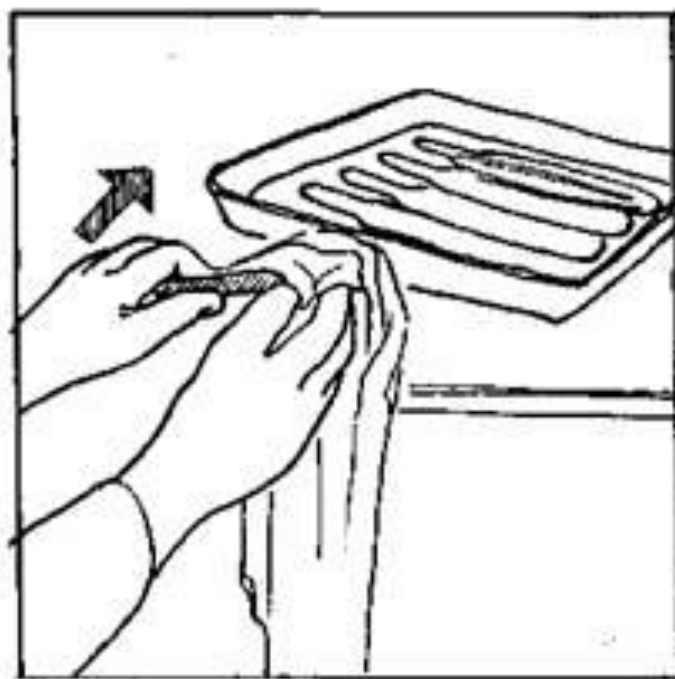
Последовательность действий

1. После измерения температуры тела поместить термометры до полного погружения в емкость с дезинфицирующим раствором, выдержать 60 мин.
2. Надеть перчатки.
3. Извлечь термометры из емкости с дезинфицирующим раствором.
4. Промыть термометры под проточной водой.
5. Вытереть термометры насухо салфеткой.
6. Поместить термометры ртутным резервуаром вниз в футляр для хранения.
7. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.

Примечание: термометры для измерения температуры в прямой кишке дезинфицируются и хранятся отдельно в маркированных емкостях.



а



б

МАНИПУЛЯЦИЯ № 18.
«ИНСТРУКЦИЯ ПО ВЫПОЛНЕНИЮ ДЕМЕРКУРИЗАЦИИ
ЗАГРЯЗНЕННЫХ РТУТЬЮ ПОВЕРХНОСТЕЙ В ЛПУ»

Ртуть относится к веществам 1-го класса опасности. Она отличается широким спектром и большим разнообразием проявлений токсического действия, особенно сильно поражает нервную и выделительную системы. Попадание ртути в организм человека осуществляется, главным образом, при вдыхании воздуха, загрязненного парами ртути. При остром отравлении парами ртути отмечаются симптомы поражения дыхательных путей (озноб, резкий сухой кашель, насморк, одышка, возможно развитие токсического отека, в тяжелых случаях – с летальным исходом), желудочно-кишечного тракта (частый жидкий стул), нервной системы (возбуждение или сонливость), на 3–4-е сутки возможно проявление токсической нефропатии различной степени тяжести.

Первые симптомы поражения ртутью дыхательных путей могут появляться уже в первые часы после отравления, что требует проведения в стационарных условиях лечебных мероприятий, направленных на профилактику токсической пневмонии и отека легких (дезинтоксикационные, гормональные препараты, оксигенотерапия, антибиотики). При различных других признаках отравления назначаются симптоматические средства.

Требования к персоналу, осуществляющему текущую демеркуризацию

1. Лица, осуществляющие текущую демеркуризацию, должны пройти специальное обучение согласно данной инструкции;

2. Лица, осуществляющие текущую демеркуризацию, должны быть обеспечены специальной одеждой (резиновые: перчатки, фартук, закрытую непроницаемую для паров ртути обувь) и индивидуальные средства защиты (экраны, маски, респираторы и др.).

3. Лица, проводившие текущую демеркуризацию, после ее окончания должны принять душ, прополоскать полость рта 0,025% раствором перманганата калия, почистить зубы.

Текущая демеркуризация:

1. Под текущей демеркуризацией понимают комплекс мероприятий, направленных на уменьшение загрязнения ртутью (её соединениями) поверхностей и окружающего воздуха.

2. Прямым показанием к проведению текущей демеркуризации является наличие скопления ртути и ее соединений (в виде капель или технологических растворов) на поверхности пола, оборудования, мебели и т.д.

3. Эффект текущей демеркуризации достигается последовательным применением:

- средств механического удаления ртути и ее соединений;
- химических демеркуризаторов с целью снижения скорости испарения ртути (её соединений).

Демеркуризаторы – это химические вещества, применение которых снижает скорость десорбции ртути (ее соединений) из источников вторичного загрязнения и облегчает механическое удаление ртути с загрязненных поверхностей.

В качестве демеркуризатора могут применяться следующие растворы:

1. Мыльно-содовый раствор (4%-ный раствор мыла в 5%-ном водном растворе соды).
2. 0,2%-ный водный раствор перманганата калия, подкисленного соляной кислотой (5 мл кислоты, удельный вес 1,19 на 1 л раствора перманганата калия).
3. 5–10%-ный водный раствор сернистого натрия.
4. 4–5%-ный водный раствор полисульфида натрия или кальция.
5. 5–10%-ный раствор соляной кислоты.
6. 2–3%-ный раствор йода в 30%-ном водном растворе йодида калия.

Порядок и гигиенические требования к проведению текущей демеркуризации

В случае нарушения целостности ртутьсодержащей капсулы медицинского термометра и загрязнения поверхности пола (другой поверхности) ртутью среднему медицинскому персоналу необходимо выполнить следующий комплекс мероприятий:

1. Переодеться в специальную одежду (резиновые перчатки, резиновый фартук, маска, экран).
2. Собрать ртуть с загрязненной поверхности резиновой грушей с тонким наконечником от периферии загрязненного участка к его центру, в толстостенный стеклянный сосуд с притертой крышкой, после чего емкость заполнить демеркуризатором.
3. Резиновая груша после сбора ртути заполняется демеркуризатором и через 1,5–2 суток опорожняется в емкость с демеркуризатором, спецодежда двукратно обрабатывается раствором демеркуризатора и вместе с грушей хранится в отдельной емкости до следующего случая аварийной ситуации.
4. Загрязненную поверхность после сбора ртути обработать демеркуризатором, а ёмкость с продемеркуризированной ртутью сдается по акту лицу, ответственному за утилизацию отходов класса Г.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 19.

«СОСТАВЛЕНИЕ ПОРЦИОННИКА И ПОРЦИОННОГО ТРЕБОВАНИЯ»

Цель: организация диетического питания в стационаре.

Оснащение: бланки порционника и порционного требования, листы назначений.

Последовательность действий

I. Составление порционника (выполняет палатная медицинская сестра)

1. Выбрать из листов назначений сведения о диетах больных.
2. Составить порционник поста в 2-х экземплярах по следующему образцу и поставить свою подпись.

Образец заполнения порционника

Дата	ФИО	№ палаты	№ стола	Дополнительное питание	Место приема пищи
05. 03. 03 г.	Иванов А. И.	№1	Д-1	100,0 г молока	Столовая (палата)
ИТОГО:	1-й стол —...				
	2-й стол —...				
	3-й стол —...				
	и т. д.				

В порционник не включаются сведения о выписываемых больных.

3. Отдать один экземпляр раздатчице (в буфет), старшей медицинской сестре до 10:00 утра.
4. Требование заполняют на 1–2 суток вперед.

II. Составление порционного требования (выполняет старшая медицинская сестра)

1. На основании сведений, поданных палатными медсестрами, составить порционное требование по следующему образцу в 2-х экземплярах.
2. Подать порционные требования на подпись заведующему отделением.
3. Доставить первый экземпляр порционного требования диетсестре больницы на пищеблок, второй — медстатисту больницы к 13:00 текущего дня.
4. Требования заполняют на 1–2 суток вперед.

Примечание: порционник на больных, поступивших с 12:00 до 8:00, подает медицинская сестра приемного отделения.

Бланк порционного требования

_____ (порционное требование)

отделение на « » _____ 200_ г.

Прошу зачислить на довольствие

Столы	0	1а	16	1	2	4	5	7	8	9	10	13	15	Грудное	Искусственное	Голод	Индивидуальный стол	Всего
Количество больных																		
Зав. отделением (подпись) _____																		
Ст. медсестра (подпись) _____																		

МАНИПУЛЯЦИЯ № 20.
**«КОРМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА, НАХОДЯЩЕГОСЯ
НА ПОСТЕЛЬНОМ РЕЖИМЕ»**

Цель: обеспечение физиологической потребности пациента. Кормление тяжелобольных является обязанностью палатных медицинских сестер.

Оснащение: салфетка (полотенце), почкообразный лоток, стакан с кипяченой водой, тарелки с пищей, ложка, поильник.

Последовательность действий

1. Проветрить палату.
2. Протереть прикроватный столик.
3. Вымыть руки.
4. Придать пациенту сидячее или полусидячее положение.
5. Прикрыть шею и грудь пациента салфеткой или полотенцем.
6. Поставить на прикроватный столик приготовленную пищу (нельзя ставить тарелку с пищей на грудь пациента).
7. Если сидячее положение для пациента невозможно, левой рукой поднять его голову вместе с подушкой, а правой рукой подносить ложку или поильник с пищей ко рту пациента.
8. После приема пищи дать пациенту небольшой глоток воды, попросив прополоскать рот, и поднести ко рту почкообразный лоток, вытереть рот пациента.
9. Убрать салфетку с груди пациента, стряхнуть, уложить пациента в удобное положение.
10. Убрать оставшуюся пищу и грязную посуду.
11. Вымыть руки.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 21.

«КОРМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА ЧЕРЕЗ НАЗОГАСТРАЛЬНЫЙ ЗОНД»

Цель: обеспечение физиологической потребности пациента.

Показания: определяет врач.

Оснащение: стерильный тонкий желудочный зонд, пробка для зонда, вазелин или глицерин, воронка или шприц Жанэ, жидкая пища температуры 38–40°C в количестве 600–800 мл (молоко, сливки, сырые яйца, крепкие бульоны, растворы глюкозы, какао и кофе со сливками, фруктовые соки, пищевые смеси и пр.), стакан с водой (30–50 мл), лейкопластырь, безопасная булавка, шприц, резиновые перчатки, зажим, емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

1. Объяснить пациенту ход процедуры и поставить на столик перед ним все необходимое.
2. Вымыть руки, надеть перчатки.
3. Помочь пациенту занять удобное положение — полусидячее, прикрыть грудь салфеткой.
4. Определить расстояние, на которое должен быть введен зонд — от резцов до пупка, отметить на зонде.
5. Обработать конец зонда вазелином или глицерином.
6. Попросить пациента запрокинуть голову назад.
7. Ввести через нижний носовой ход (при невозможности через рот) зонд на глубину 15–18 см.
8. Определить положение зонда в носоглотке визуально.
9. Наклонить голову пациента слегка вперед и правой рукой продвинуть зонд до средней трети пищевода. Если во время выдоха воздух не выходит из зонда, а голос у пациента сохранен, то значит, зонд находится в пищеводе.
10. Попросить пациента продолжать заглатывать зонд в желудок до нужной отметки.
11. Присоединить шприц к зонду и потянуть поршень на себя: появление желудочного содержимого свидетельствует о нахождении зонда в желудке.
12. Пережать зонд зажимом, свободный конец поместить в лоток.
13. Набрать в шприц Жанэ жидкую пищу.
14. Соединить шприц с желудочным зондом.
15. Снять зажим, пережимающий зонд.
16. Придерживая левой рукой место соединения зонда со шприцем Жанэ, приподнять его выше уровня больного, правой рукой надавливая на поршень, медленно ввести пищу в желудок.
17. После введения питательных веществ промыть зонд от остатков пищи кипяченой водой (из другого шприца).
18. Отсоединить шприц от зонда.
19. Закрепить зонд пробкой.
20. Прикрепить зонд булавкой к одежде или лейкопластырем на спинке носа.
21. Помочь пациенту удобно лечь.
22. Провести дезинфекцию медицинского инструментария и предметов ухода.
23. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.
24. Процедуру повторять несколько раз в день.

Примечание:

- 1) для кормления пациента через зонд можно использовать воронку и систему для капельного введения жидкостей;
- 2) перед очередным кормлением следует убедиться, что зонд находится на прежнем месте (в желудке);
- 3) с целью профилактики развития патогенной микрофлоры при кормлении больного молочной пищей зонд промывать каждые 2 ч кипяченой водой.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 22.

«ВВЕДЕНИЕ ПИТАТЕЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ ЧЕРЕЗ ГАСТРОСТОМУ»

Цель: обеспечение физиологических потребностей пациента.

Показания: наличие гастростомы.

Оснащение: жидкая пища температуры 37–38°C в количестве 500 мл (бульон, сливки, соки, слизистые супы и т.д.), стерильные: воронка, резиновые перчатки; лоток, пинцет, салфетки; 3%-ный раствор перекиси водорода, паста Лассара или цинковая паста, лейкопластырь или клеол, кипяченая вода (37–38°C), лоток для отработанного материала, емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

1. Вымыть руки, надеть перчатки.
2. Придать больному удобное положение: полусидя.
3. Снять лигатуру с гастростомической трубки (зонда).
4. Присоединить воронку к свободному концу зонда.
5. Влить в воронку пищу (50 мл) и приподнять ее выше уровня желудка.
6. После поступления пищи из воронки в желудок опустить воронку до уровня гастростомы и повторно влить в воронку 50 мл пищи.
7. Повторить это несколько раз, используя необходимое количество пищи.
8. Промывать зонд, налив в воронку 50 мл кипяченой воды.
9. Отсоединить воронку, положить в лоток для отработанного материала, перегнуть зонд, перевязать его шелковой лигатурой.
10. Снять повязку с гастростомы пинцетом, поместить ее в лоток для отработанного материала.
11. Обработать кожу вокруг гастростомы 3%-ным раствором перекиси водорода, осушить, нанести пасту Лассара или цинковую пасту.
12. Наложить на гастростому асептическую повязку в виде «штанишек» вокруг зонда.
13. Фиксировать повязку клеолом или лейкопластырем.
14. Провести дезинфекцию предметов ухода и перевязочного материала.
15. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.

Примечание:

- 1) при питании через гастростому пищу вводят малыми порциями согласно диете: по 200 мл — 6 раз в день, по 300–500 мл — 4 раза в день;
- 2) рекомендуется постоянное полоскание полости рта в течение суток водой с добавлением сока лимона или клюквы (для стимуляции работы слюнных желез);
- 3) за 15–20 мин до кормления больному дают пожевать твердую пищу (сухари) и выплюнуть (для стимуляции выделения желудочного сока).



МАНИПУЛЯЦИЯ № 23.
**«СМЕНА НАТЕЛЬНОГО И ПОСТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ ПАЦИЕНТУ,
НАХОДЯЩЕМУСЯ НА ПОСТЕЛЬНОМ РЕЖИМЕ»**

Цель: соблюдение требований личной гигиены пациента.

Показания: не реже 1 раза в 7–10 дней в плановом порядке и по мере необходимости.

Оснащение: комплект чистого нательного и постельного белья, резиновые перчатки, прорезиненный мешок для грязного белья, емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

Смену белья производят два человека.

I. Смена постельного белья продольным способом

1. Приготовить мешок для грязного белья.
2. Надеть перчатки.
3. Приготовить чистую простыню, скатав ее до середины в продольном направлении.
4. Убрать подушки из-под головы пациента.
5. Осторожно повернуть пациента на бок к краю кровати.
6. Скатать грязную простыню до середины кровати в продольном направлении.
7. Расстелить чистую простыню на освободившуюся часть кровати — валиком к пациенту.
8. Осторожно повернуть пациента на другой бок, положив на чистую простыню.
9. Убрать грязную простыню в мешок для грязного белья.
10. Расправить чистую простыню, заправляя края под матрац.
11. Уложить пациента в исходное положение.
12. Сменить наволочки, пододеяльник.
13. Положить подушки и, приподняв голову пациента, укрыть его.
14. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.



II. Смена постельного белья поперечным способом

1. Приготовить мешок для грязного белья.
2. Надеть перчатки.
3. Сменить наволочки на подушках.
4. Приготовить чистую простыню, скатав ее до середины в поперечном направлении.
5. Приподнять голову и верхнюю часть туловища пациента, убрать подушки.
6. Скатать грязную простыню со стороны изголовья в поперечном направлении до середины кровати.
7. Расстелить чистую простыню на освободившуюся часть кровати валиком к пациенту.

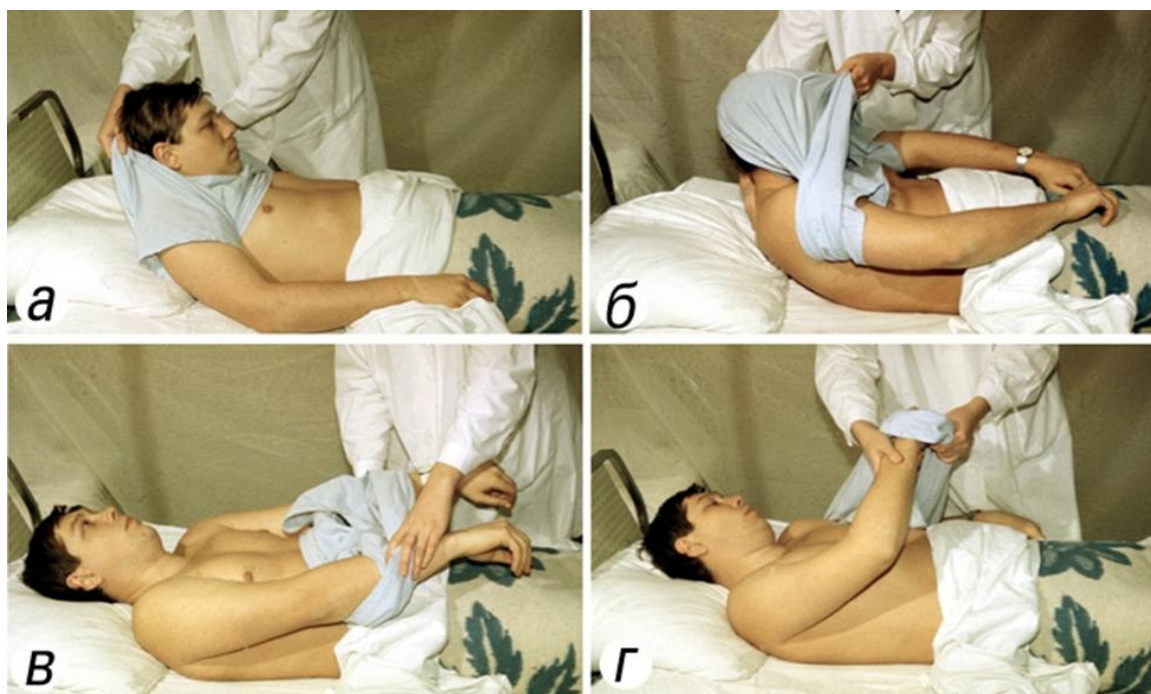


8. Положить подушки, уложить пациента на подушки.
9. Приподнять нижнюю часть туловища пациента и ноги, придерживая его под поясницу.
10. Убрать грязную простыню в мешок для «грязного» белья.
11. Расправить чистую простыню, заправляя края простыни под матрац.
12. Уложить пациента в удобное положение.
13. Сменить пододеяльник, укрыть пациента.
14. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.

III. Смена нательного белья

1. Приготовить мешок для грязного белья.
2. Надеть перчатки.
3. Приподнять верхнюю часть туловища пациента и скатать грязную рубашку от крестца к затылку, уложить пациента.
4. Приподнять руки пациента к голове и перевести рубашку через шею, голову и руки пациента. Если повреждена рука, сначала снять со здоровой руки, затем с больной.
5. Положить грязную рубашку в мешок для грязного белья.
6. Надеть чистую рубашку на руки пациента и, приподняв их к голове, перевести рубашку через голову пациента. Если повреждена рука, сначала надеть на больную руку, затем на здоровую.
7. Приподнять верхнюю часть туловища пациента и расправить рубашку от затылка до крестца.
8. Уложить пациента в исходное положение.
9. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.

Примечание: после смены нательного и постельного белья провести влажную уборку палаты.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 24. **«БЕЛЬЕВОЙ РЕЖИМ СТАЦИОНАРА»**

Стационары должны быть обеспечены бельем в соответствии с табелем оснащения в достаточном количестве.

Смена белья должна проводиться по мере загрязнения регулярно, но не реже одного раза в 7 дней. Загрязненное выделениями белье подлежит замене незамедлительно. Смену белья родильницам проводят один раз в 3 дня, нательного и полотенец – ежедневно, подкладных салфеток по необходимости. Смена белья пациентам после операций должна проводиться систематически до прекращения выделений из ран.

В акушерских стационарах (родильный зал, отделение новорожденных) должно применяться стерильное белье.

Сбор грязного белья от пациентов в отделении должен осуществляться в специальную плотную тару (клеенчатые или полиэтиленовые мешки, специально оборудованные тележки или другие приспособления) и передаваться в центральную бельевую.



Запрещается разборка грязного белья в отделениях.

Временное хранение (не более 12 час) грязного белья в отделениях следует осуществлять в бельевых комнатах

(для грязного белья) в закрытой таре (емкостях, подвергающихся дезинфекции). Для работы с грязным бельем персонал должен быть обеспечен сменной санитарной одеждой (халат, перчатки, маска, косынка). Полки, стеллажи, стены и пол в этих помещениях должен быть легкообрабатываемым для своевременной дезинфекции.

Чистое белье хранят в специально выделенных помещениях (бельевых). В отделении должен храниться суточный запас чистого белья. Хранение суточного запаса осуществляется в отдельных помещениях или в отделении на рабочих местах (на постах медсестры в специальных шкафах).

Белье и тара должны быть промаркированы. Отдельно маркируется инвентарь инфекционного отделения. Хранение немаркированного белья не допускается.



Стирка осуществляется централизованно, в соответствии с инструкцией по технологии обработки белья медицинских учреждений на фабриках-прачечных.

Доставка чистого и грязного белья осуществляется специальным транспортом в специальной таре с маркировкой «чистое» или «грязное» и его принадлежности учреждению, отделению. Стирка тканевой тары должна осуществляться одновременно с бельем.

Все процессы должны быть максимально механизированы.

После выписки каждого пациента или умершего, а также по мере загрязнения, матрацы, подушки, одеяла должны подвергаться замене, а затем – дезкамерной обработке.

МАНИПУЛЯЦИЯ № 25.

«ТУАЛЕТ ГЛАЗ»

Цель: соблюдение личной гигиены пациента, подготовка глаз к введению лекарственных средств.

Показания: при наличии выделений из глаз.

Оснащение: стерильные: лоток, марлевые тампоны, резиновые перчатки, пинцет, мензурка, кипяченая вода или флакон с антисептическим раствором (0,02%-ный раствор фурацилина, бледно-розовый раствор перманганата калия или 1–2%-ный раствор натрия гидрокарбоната); полотенце, лоток для отработанного материала, емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

1. Вымыть руки с мылом, насухо вытереть чистой марлевой салфеткой, надеть перчатки.
2. Усадить пациента, грудь прикрыть полотенцем, голову запрокинуть.
3. В стерильный лоток пинцетом положить 8–10 марлевых тампонов.
4. В стерильную емкость (мензурку) налить кипяченую воду или один из антисептических растворов и туда же поместить несколько тампонов.
5. Слегка отжать тампон и протереть им ресницы и веко в направлении от наружного угла глаза к внутреннему; грязный тампон сбросить в лоток для отработанных материалов.
6. При необходимости повторить обработку, используя каждый раз новый тампон.
7. Осушить веко сухим стерильным тампоном.
8. Аналогично обработать другой глаз.
9. Убрать предметы ухода и использованные тампоны и разместить их в соответствующие емкости для дезинфекции.
10. Провести дезинфекцию предметов ухода.
11. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 26.

«ТУАЛЕТ НОСА»

Цель: соблюдение личной гигиены пациента, подготовка носовых ходов к введению лекарственных средств.

Показания: наличие в носовых ходах слизи, корочек.

Оснащение: стерильное растительное масло, 2 лотка, стерильные ватные турунды, резиновые перчатки, маска, пипетка, мензурка, емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

1 способ

1. Вымыть руки, надеть перчатки, при необходимости маску.
2. Отлить масло в мензурку и поместить в нее несколько турунд на 1/2 их длины.
3. Усадить или уложить пациента, слегка запрокинуть его голову.
4. Взять в руку турунды, ввести на 2–3 мин в носовые ходы попеременно, в правый и левый.
5. Произвести вращательные движения турундами, извлечь их и поместить в лоток для отработанного материала.
6. При необходимости процедуру повторить.
7. Провести дезинфекцию предметов ухода.
8. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.

2 способ

1. Стерильной пипеткой закапать в носовые ходы по 2–3 капли стерильного растительного масла.
2. Пипетку положить в лоток для отработанного материала.
3. Через 2–3 мин взять в руку сухие ватные турунды, последовательно вращательными движениями прочистить носовые ходы.
4. И использованные турунды поместить в лоток для отработанного материала.
5. Провести дезинфекцию предметов ухода.
6. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.

Примечание: нельзя использовать для обработки носа острые предметы во избежание травмы слизистой носа.



Рис. 5. Очищение полости носа ватным тампоном.

МАНИПУЛЯЦИЯ № 27. **«ОБРАБОТКА СЛИЗИСТОЙ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ И ГУБ»**

Цель: соблюдение личной гигиены пациента.

Показания: тяжелое состояние пациента.

Оснащение: резиновые перчатки, стерильные шпатели, марлевые салфетки, мензурки, деревянные палочки с ватным тампоном на конце, шприц Жанэ, резиновый баллончик, полотенце, клеенка, почкообразный лоток, кипяченая вода или один из антисептических растворов: 2%-ный раствор пищевой соды, 0,02%-ный раствор фурацилина, бледно-розовый раствор перманганата калия; глицерин, жирный косметический крем или гигиеническая помада, защитные очки, емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

1. Удобно усадить пациента в постели (или придать возвышенное положение), прикрыть грудь клеенкой.
2. Вымыть руки, надеть перчатки, надеть защитные очки.
3. Отлить в мензурку кипяченую воду или один из приготовленных растворов.
- 4.левой рукой обернуть кончик языка пациента стерильной марлевой салфеткой, осторожно вытянуть его изо рта.
5. Правой рукой смочить другую салфетку антисептическим раствором, протереть язык, снимая налет в направлении от корня к кончику, используя 2–3 салфетки, после чего отпустить язык.
6. Поместить салфетки в лоток для отработанного материала.
7. Отодвинуть шпателем верхнюю губу пациента и протереть тампоном на деревянной палочке, смоченным в приготовленном растворе, зубы с внутренней и наружной сторон в направлении снизу вверх.
8. Поместить использованные тампоны в лоток для отработанного материала.
9. Аналогично обработать слизистую нижней десны и зубы.
10. Помочь пациенту прополоскать рот или провести орошение слизистой оболочки ротовой полости:
 - повернуть голову пациента набок, тело и грудь покрыть клеенкой, под подбородок поставить почкообразный лоток;
 - оттянуть шпателем угол рта и из шприца Жанэ (или резинового баллончика) промыть поочередно левое, затем правое щечное пространство струей жидкости под умеренным давлением.
11. Поместить использованные предметы ухода в лоток для отработанного материала.
12. Нанести шпателем на стерильную салфетку крем и смазать губы пациента тонким слоем (или использовать гигиеническую помаду).
13. Поместить салфетку и шпатель в лоток для отработанного материала.
14. Провести дезинфекцию предметов ухода.
15. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.



Осложнения: аспирация антисептических растворов в дыхательные пути при проведении орошения слизистой рта.

Примечание: при сухости языка смазать его стерильным глицерином.

МАНИПУЛЯЦИЯ № 28. **«ТУАЛЕТ УШЕЙ»**

Цель: соблюдение личной гигиены пациента.

Показания: ежедневно утром.

Оснащение: стерильные: марлевые салфетки, ватные жгутики, резиновые перчатки, мензурка, пипетки, лоток, емкость с мыльным раствором, 3%-ный раствор перекиси водорода, лоток для отработанного материала, емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

1. Вымыть руки, надеть перчатки.
2. Взять марлевую салфетку, смочить в мыльном растворе и протереть внутреннюю поверхность ушной раковины.
3. Поместить использованную салфетку в емкость для отработанного материала.
4. Туалет наружного слухового прохода проводить при наличии большого количества серы:
 - отлить небольшое количество 3%-ного раствора перекиси водорода из флакона в мензурку;
 - подогреть мензурку с раствором перекиси водорода на водяной бане до температуры 37°C;
 - закапать в наружный слуховой проход 0,5–1 мл 3%-ного раствора перекиси водорода;
 - через 3–5 мин ватным жгутиком осушить наружный слуховой проход;
 - данную процедуру повторить 2–3 раза;
 - поместить использованный жгутик в емкость для отработанного материала.
5. Аналогично провести обработку второго уха.
6. Провести дезинфекцию предметов ухода.
7. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.

Примечание: нельзя использовать для туалета слухового прохода твердые предметы.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 29.
**«ПРОВЕДЕНИЕ УТРЕННЕГО ТУАЛЕТА: УМЫВАНИЕ,
ТУАЛЕТ ПОЛОСТИ РТА, РАСЧЕСЫВАНИЕ ПАЦИЕНТА,
НАХОДЯЩЕГОСЯ НА ПОСТЕЛЬНОМ РЕЖИМЕ»**

Цель: соблюдение личной гигиены пациента.

Показания: ежедневно.

Оснащение: губка, полотенце, зубная щетка, зубная паста, расческа, теплая вода, мыло, салфетки, таз, 2 лотка, 6%-ный раствор уксуса, резиновые перчатки, маска, защитные очки, специальная нить для очистки межзубных щелей, пеленка, емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

I. Умывание

1. Вымыть руки, надеть перчатки, при необходимости маску, защитные очки.
2. Поставить таз с теплой водой и все необходимое у постели пациента.
3. Придать пациенту положение полусидя, грудь накрыть пеленкой.
4. Взять салфетку или губку в правую руку.
5. Смочить салфетку (губку) теплой водой, слегка отжать.
6. Протереть влажной салфеткой (губкой) лицо, шею, руки пациента.
7. Осушить лицо, шею, руки пациента насухо полотенцем.



II. Чистка зубов

1. Смочить салфетки водой и, меняя их, обработать заднюю поверхность верхних, а затем нижних зубов.
2. Нанести на зубную щетку зубную пасту и очистить жевательную поверхность зубов.
3. Кругообразными движениями очистить переднюю поверхность зубов, проводя щеткой сверху вниз (верхние зубы) и снизу вверх (нижние зубы).
4. При необходимости очистить межзубные щели специальной нитью.
5. Предложить пациенту прополоскать рот водой, если он не может провести орошение.
6. Убрать таз и предметы ухода, вымыть зубную щетку с мылом, положить в тумбочку пациента.



III. Расчесывание

1. Смочить гребень или расческу в 6%-ном растворе уксуса.
2. Расчесать волосы, начиная от корней, если волосы короткие, или с концов, если волосы длинные.
3. Длинные волосы заплести.
4. Уложить и укрыть больного.
5. Гребень или расческу вымыть с мылом и поместить в тумбочку пациента.
6. Провести дезинфекцию предметов ухода.
7. Снять перчатки, поместить в емкость раствором, вымыть руки.

Примечание:

- 1) зубная щетка, расческа должны быть индивидуальными для каждого пациента;
- 2) если необходимо очистить пространство между зубами, используйте специальную плотную ароматизированную нить; у тяжелобольного чистку зубов проводят ежедневно и после приема пищи полощут рот слегка подсоленной водой;
- 3) зубную пасту следует хорошо вымывать, так как она сушит полость рта;
- 4) при наличии съемных зубных протезов их необходимо снять на ночь, промыть под проточной водой с мылом, хранить в сухом стакане под салфеткой.

МАНИПУЛЯЦИЯ № 30.
**«МЫТЬЕ ГОЛОВЫ ПАЦИЕНТА, НАХОДЯЩЕГОСЯ
НА ПОСТЕЛЬНОМ РЕЖИМЕ»**

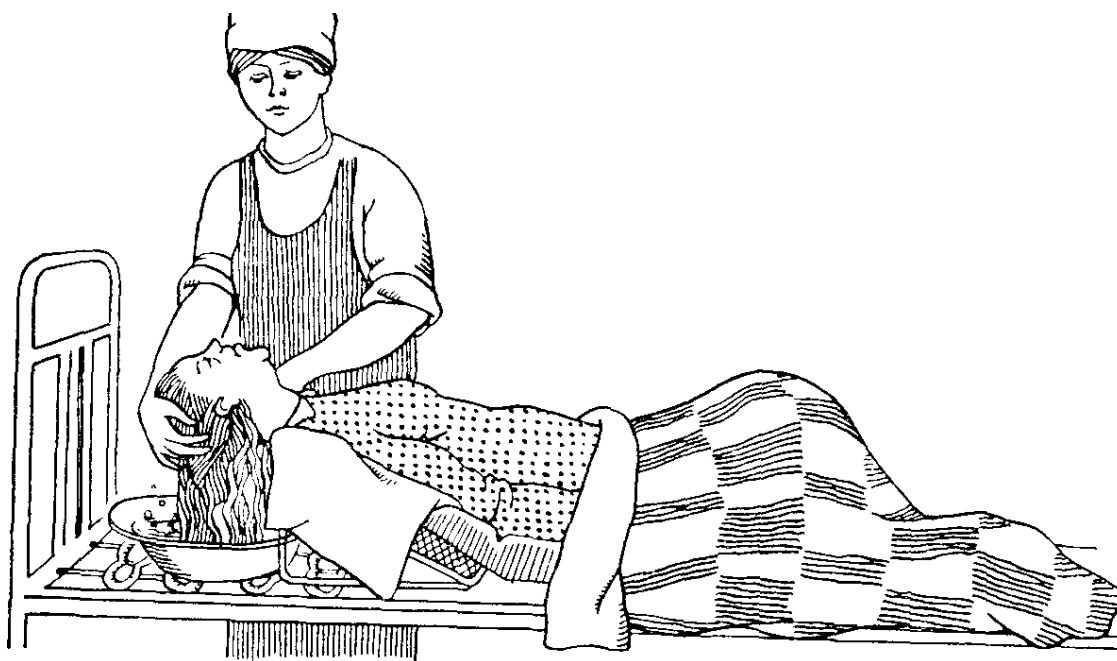
Цель: соблюдение личной гигиены пациента.

Показания: по мере необходимости, но не реже одного раза в 10 дней.

Оснащение: таз, клеенка, резиновые перчатки, фартук, вода температурой 40°C, кувшин, мыло, полотенце, косынка, емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

1. Вымыть руки, надеть перчатки и фартук.
2. Подвернуть матрац валиком под область лопаток пациента.
3. На матрац и сетку кровати постелить клеенку, поставить таз.
4. Подвинуть пациента ближе к изголовью кровати, голову слегка запрокинуть над тазом.
5. В кувшин налить теплой воды.
6. Взять кувшин, смочить голову пациента. Кувшин поставить на табурет.
7. Намылить голову, тщательно массируя кожу, смыть мыло водой.
8. Ополоснуть волосы чистой водой, вытереть насухо полотенцем, накрыть голову пациента косынкой.
9. Убрать с кровати предметы ухода, сменить постель, расправить матрац и уложить пациента в исходное положение.
10. Погрузить предметы ухода в соответствующие емкости с дезинфицирующим раствором.
11. Снять перчатки, вымыть руки.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 31.

«МЫТЬЕ НОГ И СТРИЖКА НОГТЕЙ ПАЦИЕНТА, НАХОДЯЩЕГОСЯ НА ПОСТЕЛЬНОМ РЕЖИМЕ»

Цель: соблюдение личной гигиены пациента.

Показания: ежедневно.

Оснащение: таз, клеенка, теплая вода, смягчающий крем, губка, мыло, полотенце, ножницы, резиновые перчатки, емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

1. Вымыть руки, надеть перчатки.
2. Закатать валиком матрац с ножного конца кровати под колени пациента.
3. На матрац и сетку кровати постелить клеенку, поставить таз с теплой водой.
4. Попросить пациента согнуть ноги в коленных и тазобедренных суставах и опустить их в таз.
5. Вымыть ноги пациента с помощью губки и мыла.
6. Ополоснуть ноги чистой водой, осушить полотенцем.
7. Убрать таз с водой с кровати.
8. Вытереть клеенку, расстелить на ней сухое полотенце, установив на него ноги пациента.
9. Осмотреть кожу, если кожа мацерирована или есть трещины, смазать кожу любым смягчающим кремом для ног.
10. Подстричь ногти специальными ножницами.
11. Все убрать, расстелить матрац и простыню, уложить пациента в удобное положение.
12. Провести дезинфекцию предметов ухода.
13. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 32.
**«ПОДМЫВАНИЕ ПАЦИЕНТА, НАХОДЯЩЕГОСЯ
НА ПОСТЕЛЬНОМ РЕЖИМЕ»**

Цель: соблюдение личной гигиены пациента, профилактика опрелостей.

Показания: ежедневно и по мере необходимости.

Оснащение: ширма, судно, клеенка, пеленка, корнцанг, стерильные марлевые салфетки, стерильные резиновые перчатки, лоток для отработанного материала, кувшин с бледно-розовым раствором перманганата калия температурой 37–39°C, емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

I. Подмывание женщин

1. Отгородить пациентку ширмой.
2. Вымыть руки, надеть перчатки.
3. Обнажить нижнюю часть ее туловища, попросить согнуть ноги в коленях и тазобедренных суставах, слегка развести их в стороны.
4. Приподняв пациентку, подстелить под крестец клеенку, судно подвести под ягодицы, положить по верхнему краю судна пеленку.
5. Взять кувшин с приготовленным раствором в левую руку, а корнцанг с марлевой салфеткой в правую.
6. Поливая раствор на половые органы, подмыть в следующей последовательности: область лобка, поверхность бедер, наружные половые органы, область заднего прохода:
 - направление движений должно быть сверху вниз (от наружных половых органов к заднепроходному отверстию);
 - при необходимости проводить смену салфеток, сбрасывая их в лоток для отработанного материала.
7. Взять сухую марлевую салфетку, вытереть насухо кожу пациентки в той же последовательности и направлении.
8. Поместить использованные салфетки в лоток для отработанного материала.
9. Убрать судно, клеенку.
10. Уложить пациентку в исходное положение.
11. При необходимости заменить простыню или пеленку.
12. Надеть на пациентку белье, укрыть, убрать ширму.
13. Продезинфицировать использованный материал, предметы ухода.
14. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.

II. Подмывание мужчин

1. Отгородить пациента ширмой.
2. Вымыть руки, надеть перчатки.
3. Обнажить нижнюю часть его туловища, попросить согнуть ноги в коленях и тазобедренных суставах, развести бедра.
4. Приподняв пациента, подстелить под крестец клеенку, судно подвести под ягодицы, положить по верхнему краю судна пеленку.
5. Смочить стерильную марлевую салфетку в емкости с теплой водой, отжать.

6. Вымыть головку полового члена в направлении от мочеиспускательного отверстия к области лобка, осушить.
7. Поместить использованную салфетку в лоток для отработанного материала.
8. Взять другую влажную стерильную салфетку, протереть последовательно кожу полового члена и мошонки.
9. Поместить использованную салфетку в лоток для отработанного материала.
10. Взять стерильную салфетку и вытереть насухо кожу полового члена и мошонки.
11. Поместить использованную салфетку в лоток для отработанного материала.
12. Подмыть область паховых складок и заднего прохода.
13. Убрать клеенку и пеленку, одеть пациента, укрыть, убрать ширму.
14. Провести дезинфекцию использованных предметов ухода.
15. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 33.

«ПОДАЧА ПАЦИЕНТУ, НАХОДЯЩЕМУСЯ НА ПОСТЕЛЬНОМ РЕЖИМЕ, СУДНА, МОЧЕПРИЕМНИКА»

Цель: удовлетворение физиологических потребностей пациента, находящегося на постельном режиме.

Оснащение: ширма, 2 судна, клеенка, пеленка, резиновые перчатки, корнцанг, тампоны, марлевые салфетки, теплый 0,1%-ный раствор перманганата калия, туалетная бумага, мочеприемник, емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

I. Подача судна

1. Отгородить пациента ширмой от окружающих.
2. Надеть перчатки.
3. Ополоснуть судно теплой водой, оставив в нем немного воды.
4. Подвести левую руку под крестец пациента, приподнять ягодицы.
5. Постелить под ягодицы клеенку.
6. Подвести под ягодицы судно, положить по верхнему краю судна пеленку.
7. Прикрыть пациента одеялом, оставить одного (если позволяет его состояние).
8. После опорожнения кишечника вытереть задний проход туалетной бумагой, извлечь судно и пеленку, приподняв пациента под крестец.
9. Накрыть судно крышкой и вынести в туалет.
10. При необходимости подмыть пациента, используя второе судно.
11. Освободить судно от содержимого в унитаз, промыть проточной водой, погрузить судно и предметы ухода в соответствующие емкости для дезинфекции.
12. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.



II. Подача мочеприемника

1. Ополоснуть мочеприемник теплой водой.
2. Постелить под пациента клеенку и пеленку.
3. Поместить половой член пациента в мочеприемник.
4. Поставить мочеприемник между ног пациента, прикрыть его одеялом.
5. После мочеиспускания содержимое вылить в унитаз, мочеприемник погрузить в емкость с дезинфицирующим раствором.
6. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.

МАНИПУЛЯЦИЯ № 34.

«ПРОФИЛАКТИКА ПРОЛЕЖНЕЙ У ПАЦИЕНТА, НАХОДЯЩЕГОСЯ НА ПОСТЕЛЬНОМ РЕЖИМЕ»

Цель: предупреждение образования пролежней у пациента.

Показания: ежедневно.

Оснащение: резиновые и ватно-марлевые круги, один из антисептических растворов: 10%-ный раствор камфорного спирта, 40%-ный этиловый спирт, одеколон, 6%-ный раствор столового уксуса; полотенце, 2 лотка, резиновые перчатки, стерильные салфетки и тампоны, емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

1. Осматривать места наиболее частого образования пролежней (область крестца, копчика, лопаток, пятки, локти, затылок).
2. Менять положение пациента в постели каждые 2 ч.
3. Следить за состоянием постели, чтобы не было крошек от еды, складок белья.
4. Своевременно менять загрязненное и мокрое нательное и постельное белье.
5. При необходимости подложить под крестец и копчик резиновый круг, обернутый пленкой, так, чтобы крестец находился над его отверстием.
6. Подложить ватно-марлевые круги под локти, пятки, затылок, лопатки.
7. Использовать противопролежневый матрас (по возможности).
8. Обработать тампоном места возможного образования пролежней одним из асептических растворов с элементами массажа.

Примечание: перед применением раствор 10%-ный камфорного спирта необходимо подогреть до 38°C.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 35.

«ПРИМЕНЕНИЕ ПОДКЛАДНОГО КРУГА»

Цель: применить подкладной резиновый круг.

Показания: профилактика пролежней.

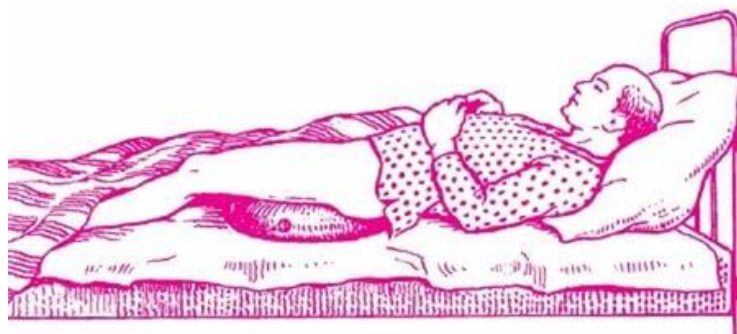
Противопоказания отсутствуют.

Возможные проблемы: необоснованный отказ от манипуляции, психомоторное возбуждение.

Оснащение: проточная вода, жидкое мыло, салфетки, перчатки, подкладной резиновый круг, чехол, ёмкости с дезинфицирующим раствором, отходы класса «А», ручка, медицинская документация.

Последовательность выполнения

1. Установить доверительные отношения с пациентом.
2. Объяснить пациенту цель манипуляции, последовательность действий, получить согласие.
3. Вымыть руки, приготовить необходимое оснащение; надеть перчатки.
4. Надуть круг ртом или с помощью насоса. При надувании ртом Ventilь предварительно протереть спиртом, а отверстие накрыть несколькими слоями стерильной марли или надеть на Ventilь резиновую трубку. Не следует сильно надувать круг, он должен быть мягким и менять свою форму при движениях пациента.
5. Поместить круг в хлопчатобумажный чехол (наволочку).
6. Помочь пациенту повернуться слегка набок, ноги его при этом слегка согнуты в коленях.
7. Расположить круг таким образом, чтобы крестец оказался над центром круга.
8. Помочь пациенту повернуться на спину, укрыть, спросить о самочувствии.
9. После использования резиновый круг подлежит дезинфекции, снять перчатки, вымыть и осушить руки.
10. Оформить медицинскую документацию.
11. Обучить родственников мерам профилактики пролежней.



a

МАНИПУЛЯЦИЯ № 36.

«ТЕХНИКА ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ БАНОК»

Цель: рассасывание воспалительных процессов; уменьшение мышечной боли.

Показания: заболевание верхних дыхательных путей; неврологические заболевания.

Противопоказания: общее истощение человека; заболевание и повреждение кожи на данных участках; родинки; родимые пятна; злокачественные новообразования; легочное кровотечение; активная форма туберкулеза; острая стадия пневмонии; высокая лихорадка (выше 38°C); повышенная чувствительность кожи; возраст ребенка до 7 лет.

Оснащение: лоток с медицинскими банками (10–20 штук), вазелин, 70%-ный этиловый спирт во флаконе с притертой крышкой, фитиль (корнцанг с плотно накрученной ватой), емкость с водой, спички, полотенце, шпатель, резиновые перчатки, емкости с дезинфицирующим раствором.

Места постановки: задняя поверхность грудной клетки: подлопаточная, надлопаточная область, исключая позвоночник; боковая поверхность грудной клетки; передняя поверхность грудной клетки, исключая область сердца; область поясницы, исключая проекцию почек.

Последовательность действий

1. Объяснить пациенту ход процедуры.
2. Вымыть руки, надеть перчатки.
3. Проверить целостность медицинских банок.
4. Поставить лоток с банками и всем необходимым у постели больного.
5. Уложить пациента на живот, голову повернуть на бок, волосы покрыть полотенцем, руки пациента расположить под подушкой.
6. Освободить необходимый участок тела от одежды (при необходимости побрить волосы).
7. Нанести на освобожденный участок тела тонкий слой вазелина с помощью салфетки.
8. Смочить фитиль спиртом, излишки спирта отжать о край флакона.
9. Закрывать флакон и отставить его в сторону.
10. Поджечь фитиль.
11. Взять в одну руку банку, в другую — горящий фитиль.
12. Внести горящий фитиль в банку, не касаясь ее краев и дна, на 1–2 с.
13. Извлечь фитиль из банки и быстро приложить ее плотно к коже.
14. Аналогично поставить необходимое количество банок на расстоянии 1–2 см одна от другой.
15. Проверить, как присосались банки к коже (провести по ним рукой).
16. Накрывать пациента полотенцем, затем одеялом.
17. Через 15 мин последовательно снять банки, придерживая кожу пальцем у ее края и наклоняя ее в противоположную сторону.
18. Вытереть салфеткой кожу на месте постановки банок.
19. Укрыть пациента и попросить оставаться в постели 2 ч.
20. Поместить банки, салфетки и полотенце в соответствующие емкости с дезинфицирующим раствором.
21. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.

Осложнения: ожоги кожи при попадании капли горящего спирта на кожу или (и) при перегреве краев банки горящим фитилем.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 37. **«ТЕХНИКА ПРИМЕНЕНИЯ ГОРЧИЧНИКОВ»**

Цель: рассасывание воспалительных процессов.

Показания: неврологические заболевания (невралгия), миозиты; простудные заболевания (бронхит, пневмония); стенокардия, гипертонический криз.

Противопоказания: острый период заболевания и повышенная чувствительность кожи; кровотечения (внутренние и наружные); активная форма туберкулеза; повышение температуры тела выше 38°C (у детей 37°C); злокачественные новообразования, родинки; заболевания крови; аллергическая реакция на горчицу.

Оснащение: горчичники, емкость для воды, водный термометр, вода температурой 40–42°C, полотенце, салфетки, резиновые перчатки, 2 лотка, емкости с дезинфицирующим раствором.

Места постановки: надлопаточная, подлопаточная области, область поясницы, проекция нервных стволов, сердца, боковые поверхности грудной клетки, икроножные мышцы.

Последовательность действий

1. Вымыть руки, надеть перчатки.
2. Поставить все необходимое для проведения манипуляции на передвижной столик.
3. Налить в лоток воду.
4. Уложить пациента на живот, голову повернуть на бок, волосы убрать под косынку или накрыть полотенцем.
5. Освободить необходимый участок тела пациента от одежды.
6. Погрузить горчичник в воду на 1–3 секунды (многократный горчичник погружают в воду в горизонтальном положении).
7. Извлечь горчичник, стряхнув с него избыток воды (с многократного горчичника воду стряхивают в горизонтальном положении) и уложить его горчицей вниз на подготовленный участок кожи.
8. Аналогично поставить необходимое количество горчичников.
9. Укрыть место наложения горчичников полотенцем, затем пациента одеялом.
10. Через 2–5 мин выяснить ощущения пациента и степень гиперемии кожи.
11. Оставить горчичники на 7–10 мин.
12. Через 10 мин снять горчичники и поместить их в лоток для отработанного материала.
13. Удалить остатки горчицы с кожи пациента салфеткой, смоченной в теплой воде, поместить салфетку в лоток для отработанного материала.
14. Укрыть пациента одеялом и оставить в постели на 1 ч.
15. Провести дезинфекцию горчичников, использованных салфеток.
16. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.



Возможные осложнения:

- 1) раздражение кожи (аллергическая реакция на горчицу);
- 2) ожог кожи.

Примечание: нельзя ставить горчичники на грудные железы, позвоночник, область почек.

МАНИПУЛЯЦИЯ № 38.
«ТЕХНИКА ПРИМЕНЕНИЯ ПУЗЫРЯ СО ЛЬДОМ»

Цель: снижение болевого барьера, профилактика расширения гематом, снижение температуры тела.

Показания: кровотечения наружные и внутренние; острые воспалительные процессы в брюшной полости; первые сутки при ушибах; лихорадка во II периоде; укусы насекомых; послеродовой период, после абортов; тепловой удар.

Противопоказания: шок, коллапс, переохлаждение организма, спастические боли.

Оснащение: пузырь для льда, кусочки льда, 2 полотенца, лоток, деревянный молоток, вода температурой 11–13°C, емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

1. Вымыть руки.
2. Поместить кусок льда в полотенце и измельчить его деревянным молотком на мелкие кусочки.
3. Взять пузырь для льда, отвинтить крышку.
4. Заполнить пузырь на 1/3 объема кусочками льда.
5. Долить холодной воды до 2/3 объема пузыря.
6. Выпустить воздух, положив пузырь на горизонтальную поверхность, и завинтить крышку.
7. Перевернуть пузырь и проверить герметичность закрытия крышки.
8. Обернуть пузырь полотенцем и приложить на нужный участок тела на 15 мин.
9. Через каждые 15 мин делать перерыв на 30–40 мин.
10. По окончании процедуры освободить пузырь от воды, вытеснить воздух, завинтить крышку.
11. Погрузить пузырь и полотенце в соответствующие емкости для дезинфекции.
12. Вымыть руки.

Возможное осложнение: переохлаждение.

Примечание:

- 1) хранить пузырь для льда в сухом виде с открытой крышкой;
- 2) при появлении болей от давления пузыря его подвешивают над соответствующим участком тела;
- 3) нельзя использовать только лед в пузыре, так как это может привести к переохлаждению участка тела.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 39.
«ТЕХНИКА ПРИМЕНЕНИЯ ГРЕЛКИ»

Цель: достижение болеутоляющего и рассасывающего эффекта.

Показания: определяет врач.

Противопоказания: боли в брюшной полости неясного происхождения; наружные и внутренние кровотечения; злокачественные новообразования; повышенная чувствительность кожи; первые сутки после травмы; бессознательное состояние (кома); гипертермия; инфицированная рана.

Оснащение: грелка, вода температурой 60–65°C, полотенце или чехол для грелки, водный термометр, емкости с дезинфицирующим раствором.

Места постановки: поясница, икроножные мышцы, правое подреберье, суставы.

Последовательность действий

1. Вымыть руки.
2. Взять грелку за узкую часть горловины.
3. Заполнить грелку на 2/3 объема приготовленной водой.
4. Положить грелку на горизонтальную поверхность и перегнув ее в узкой части, вытеснить воздух до появления воды.
5. Завинтить плотно крышку.
6. Перевернуть грелку горловиной вниз и проверить ее герметичность.
7. Обернуть грелку полотенцем.
8. Приложить грелку крышкой кнаружи от пациента на подготовленный участок кожи.
9. Проверить через 5 мин ощущения пациента и нет ли перегрева кожи.
10. Снять грелку через необходимое время.
11. По окончании процедуры вылить воду из грелки, завинтить крышку и погрузить грелку и полотенце в соответствующие емкости с дезинфицирующим раствором.
12. Вымыть руки.

Осложнение: ожог кожи.

Примечание:

- 1) степень нагревания кожи под грелкой определяют рукой и по ощущениям пациента;
- 2) грелку хранить в сухом виде с открытой крышкой.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 40.

«ПОСТАНОВКА СОГРЕВАЮЩЕГО И ГОРЯЧЕГО КОМПРЕССОВ»

Цель: достижение рассасывающего и болеутоляющего действия.

Показания: местные воспалительные процессы в коже и подкожной клетчатке, суставах, воспаление среднего уха, ушибы через сутки после травмы, постинъекционные инфильтраты, миозиты.

Противопоказания: острый воспалительный процесс, высокая лихорадка, аллергические и гнойные заболевания кожи, нарушение целостности кожи.

1. Постановка согревающего компресса

Оснащение: салфетка льняная, сложенная в 4 слоя, марлевая — в 8 слоев, вошенная бумага, вата, бинт, резиновые перчатки, почкообразный лоток, спирт этиловый 45%-ный или вода температурой 40–45°C, емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

1. Вымыть руки, надеть перчатки.
2. Освободить необходимый участок кожи пациента для постановки компресса.
3. Подготовить салфетку необходимого размера (должна быть на 3 см больше области, на которую необходимо наложить компресс).
4. Смочить салфетку в 45%-ном спирте или в воде температуры 40–45°C.
5. Приложить салфетку на подготовленный участок тела, плотно прижать ее к коже.
6. Поверх салфетки наложить компрессную бумагу, на 2–3 см перекрывающую размер салфетки.
7. Поверх бумаги наложить слой ваты, на 2–3 см перекрывающий размер компрессной бумаги.
8. Закрепить компресс бинтом к телу, не стесняя движений пациента.
9. Проверить правильность наложения компресса через 2–3 ч; (подвести палец под первый слой компресса, если он влажный, теплый, то компресс поставлен правильно, если сухой — компресс снять и поставить заново).
10. Оставить водный компресс на 8–10 ч, полуспиртовой на 4–6 ч.
11. Снять компресс, наложить сухую теплую повязку.
12. Погрузить использованный перевязочный материал в емкость с дезинфицирующим раствором.
13. Снять перчатки, вымыть руки.

Возможные осложнения:

- 1) раздражение кожи;
- 2) ожог кожи.

Примечание:

- 1) при повторном наложении компресса предварительно протереть кожу 45%-ным раствором этилового спирта и вытереть насухо, сделать перерыв 2–3 ч;
- 2) нельзя накладывать компресс на кожу, смазанную йодом — это может вызвать глубокие ожоги;
- 3) применение неразбавленного спирта может вызвать ожог кожи.

2. Постановка горячего компресса (припарка)

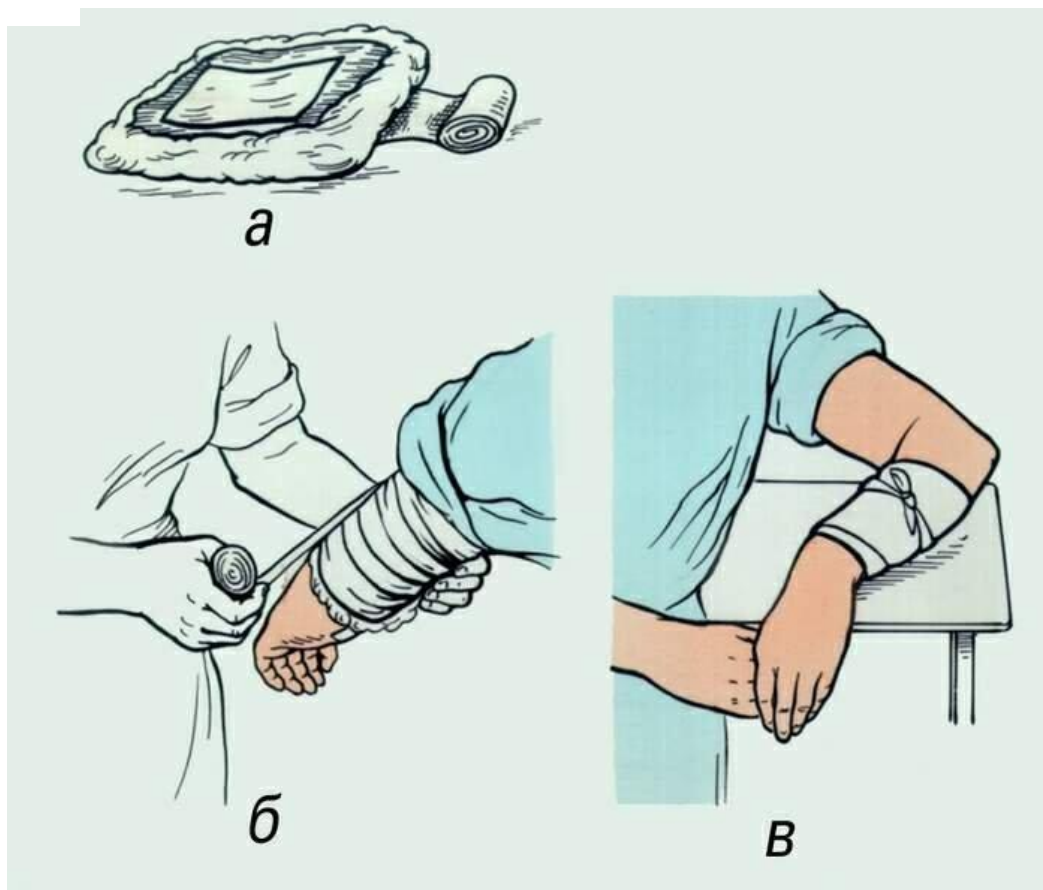
Оснащение: емкость с горячей водой температурой 60–70°C, салфетка, сложенная в 8 слоев, клеенка, вата, бинт, ёмкость с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

1. Освободить необходимый участок кожи пациента.
2. Смочить салфетку в горячей воде и отжать ее.
3. Приложить салфетку плотно к коже.
4. Положить клеенку поверх салфетки.
5. Положить слой ваты поверх клеенки.
6. Зафиксировать компресс бинтом (если возможно).
7. Снять компресс через 10 мин.
8. Протереть насухо поверхность кожи.
9. Укрыть пациента или сделать сухую теплую повязку.
10. Провести дезинфекцию перевязочного материала.

Возможные осложнения: раздражение кожи, ожог.

Примечание: для припарок можно использовать также нагретый песок, распаренное льняное семя, отруби или овес, помещенные в специальные полотняные мешочки.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 41. **«ПОСТАНОВКА ХОЛОДНОГО КОМПРЕССА (ПРИМОЧКА)»**

Цель: уменьшение боли, профилактика расширения гематом, снижение температуры тела.

Показания: первые часы после ушибов, травм; носовые кровотечения; второй период лихорадки; гематомы.

Оснащение: емкость с холодной водой температурой 14–16°C, две марлевые салфетки, сложенные в 4 слоя, резиновые перчатки, водный термометр, емкость с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

1. Надеть перчатки.
2. Освободить необходимый участок кожи пациента для компресса.
3. Смочить салфетку в холодной воде и слегка отжать.
4. Положить салфетку на подготовленный участок кожи.
5. Смочить вторую салфетку в емкости с холодной водой и отжать ее.
6. Заменить первую салфетку второй (смену салфеток осуществлять через 2–3 мин).
7. Продолжительность процедуры от 5 до 60 мин.
8. Провести дезинфекцию перевязочного материала.
9. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 42.

«ПОДАЧА КИСЛОРОДА С ПОМОЩЬЮ КИСЛОРОДНОЙ ПОДУШКИ»

Цель: устранить кислородное голодание, дыхательную недостаточность.

Показания: заболевания органов дыхания и кровообращения, сопровождающиеся одышкой, удушьем.

Противопоказания: нет.

Оснащение: баллон с кислородом, кислородная подушка, стерильный мундштук, наволочка, марлевые салфетки, кипяченая вода, стерильные резиновые перчатки, емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

1. Соединить резиновую трубку подушки с редуктором кислородного баллона.
2. Открыть вентиль на подушке, затем на баллоне.
3. Наполнить подушку кислородом.
4. Закрывать вентиль на баллоне, затем на подушке.
5. Отсоединить подушку от баллона.
6. Надеть наволочку на подушку и присоединить стерильный мундштук.
7. Надеть перчатки.
8. Обернуть мундштук влажной марлевой салфеткой, сложенной в 4 слоя.
9. Объяснить больному, что вдох следует производить ртом, а выдох носом.
10. Плотно прижать мундштук ко рту больного, открыть кран на подушке, при помощи которого регулируют скорость подачи кислорода.
11. По мере уменьшения кислорода нажимать на подушку свободной рукой и сворачивать ее с одного угла, вытесняя оставшийся кислород.
12. Смачивать водой марлевую салфетку по мере высыхания.
13. По окончании манипуляции провести дезинфекцию марлевых салфеток и мундштука.
14. Снять наволочку и поместить в контейнер для грязного белья.
15. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.

Осложнения: при длительном вдыхании чистого кислорода могут появиться: сухость во рту, судороги, возможна потеря сознания.

Примечание: медицинский кислород содержится в баллонах голубого цвета с маркировкой «Кислород» и «М».



МАНИПУЛЯЦИЯ № 43.

«ЦЕНТРАЛИЗОВАННАЯ ПОДАЧА КИСЛОРОДА ЧЕРЕЗ АППАРАТ БОБРОВА С ПОМОЩЬЮ НОСОВОГО КАТЕТЕРА»

Цель: устранить кислородное голодание, дыхательную недостаточность.

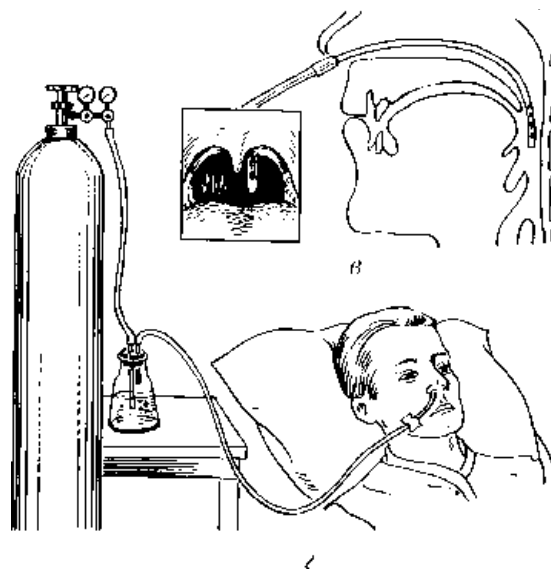
Показания: заболевания органов дыхания и кровообращения, сопровождающиеся одышкой, удушьем.

Противопоказания: нет.

Оснащение: стерильные: резиновые перчатки, лоток, носовые катетеры в силиконовой смазке, марлевые салфетки, ватные турунды; лейкопластырь, аппарат Боброва, кипяченая вода (или спирт), лоток для отработанного материала, емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

1. Налить в колбу аппарата Боброва дистиллированную воду или 30%-ный этиловый спирт (по назначению врача) на 1/4 части колбы.
2. Закрывать колбу герметично пробкой с двумя трубками, длинной и короткой.
3. Вымыть руки, надеть перчатки.
4. Очистить носовые ходы пациента с помощью ватных турунд.
5. Взять стерильный катетер в силиконовой смазке.
6. Измерить расстояние от кончика носа до мочки уха больного (примерно 10–15 см). Сделать отметку на катетере.
7. Ввести катетер по нижнему носовому ходу и далее по задней стенке глотки до отметки, кончик носового катетера должен быть виден при осмотре зева.
8. Закрепить лейкопластырем наружную часть катетера к щеке больного.
9. Соединить трубку аппарата Боброва, погруженную в жидкость, с источником кислорода.
10. Открыть вентиль дозиметра и отрегулировать скорость подачи кислорода (2–3 л/мин), контролируя ее по шкале дозиметра.
11. Соединить короткую трубку аппарата Боброва с носовым катетером.
12. Отметить время начала подачи кислорода больному.
13. Проводить во время процедуры наблюдение за общим состоянием больного, цветом кожных покровов, частотой дыхательных движений и пульсом.
14. Закрывать вентиль дозиметра по окончании процедуры.
15. Извлечь носовой катетер марлевой салфеткой и погрузить в дезинфицирующий раствор.
16. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим раствором.
17. Вымыть руки.



Осложнения: при длительном вдыхании чистого кислорода могут появиться: сухость во рту, судороги, возможна потеря сознания.

Примечание:

- 1) при длительной подаче кислорода осуществлять смену катетера 1–2 раза в сутки, вводя новый катетер в другую ноздрю;
- 2) по технике безопасности нельзя смазывать катетер вазелиновым маслом, так как при взаимодействии вазелина с кислородом может произойти взрыв.

МАНИПУЛЯЦИЯ № 44.
«ТЕХНИКА ПОСТАНОВКИ ГАЗООТВОДНОЙ ТРУБКИ»

Цель: выведение газов из кишечника.

Показания: метеоризм.

Оснащение: стерильные: газоотводная трубка, шпатель, марлевые салфетки, резиновые перчатки; судно, клеенка, пеленка, вазелин, ширма, емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

1. Ознакомить пациента с предстоящей процедурой.
2. Вымыть руки, надеть перчатки.
3. Отгородить пациента ширмой, если процедуру проводят в палате.
4. Уложить пациента на левый бок и слегка привести ноги к животу.
5. Подстелить под пациента клеенку с пеленкой.
6. Поставить рядом с пациентом лоток с небольшим количеством воды.
7. Нанести шпателем на салфетку немного вазелина и смазать с помощью салфетки закругленный конец газоотводной трубки на 2/3 ее длины.
- 8.левой рукой развести ягодицы, а правой осторожно вращательными движениями ввести смазанный конец трубки на 20–30 см в прямую кишку.
9. Опустить свободный конец трубки в судно.
10. Контролировать отхождение газов из кишечника по появлению в воде воздушных пузырьков.
11. При получении лечебного эффекта осторожно извлечь трубку с помощью салфетки, поместить ее в лоток для отработанного материала.
12. Вытереть область заднепроходного отверстия салфеткой, при раздражении — смазать вазелином; погрузить салфетку в лоток для отработанного материала.
13. Провести дезинфекцию использованных предметов ухода.
14. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.



Примечание:

- 1) эффективность постановки газоотводной трубки определяется уменьшением или исчезновением болей в животе и уменьшением объема живота;
- 2) газоотводная трубка может находиться в кишечнике не более 2 ч, иначе могут образоваться пролежни прямой кишки.

МАНИПУЛЯЦИЯ № 45. **«ТЕХНИКА ПОСТАНОВКИ ОЧИСТИТЕЛЬНОЙ КЛИЗМЫ»**

Цель: очищение нижнего отдела толстого кишечника.

Показания: запоры и задержка стула различного происхождения; подготовка к рентгенологическим и эндоскопическим исследованиям; перед операцией, родами; перед постановкой лекарственной клизмы.

Противопоказания: острые воспалительные процессы в толстой кишке или в области заднего прохода; злокачественные новообразования прямой кишки; желудочное и кишечное кровотечение, кровоточащий геморрой; первые дни после операции на брюшных органах; боли в животе неустановленной причины.

Оснащение: клеенчатый фартук, резиновые перчатки, таз, клеенка, пленка, судно, стойка, кружка Эсмарха, стерильный наконечник, вазелин, стерильный шпатель, марлевые салфетки, 2 л кипяченой воды температурой 20–25°C, ширма, емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

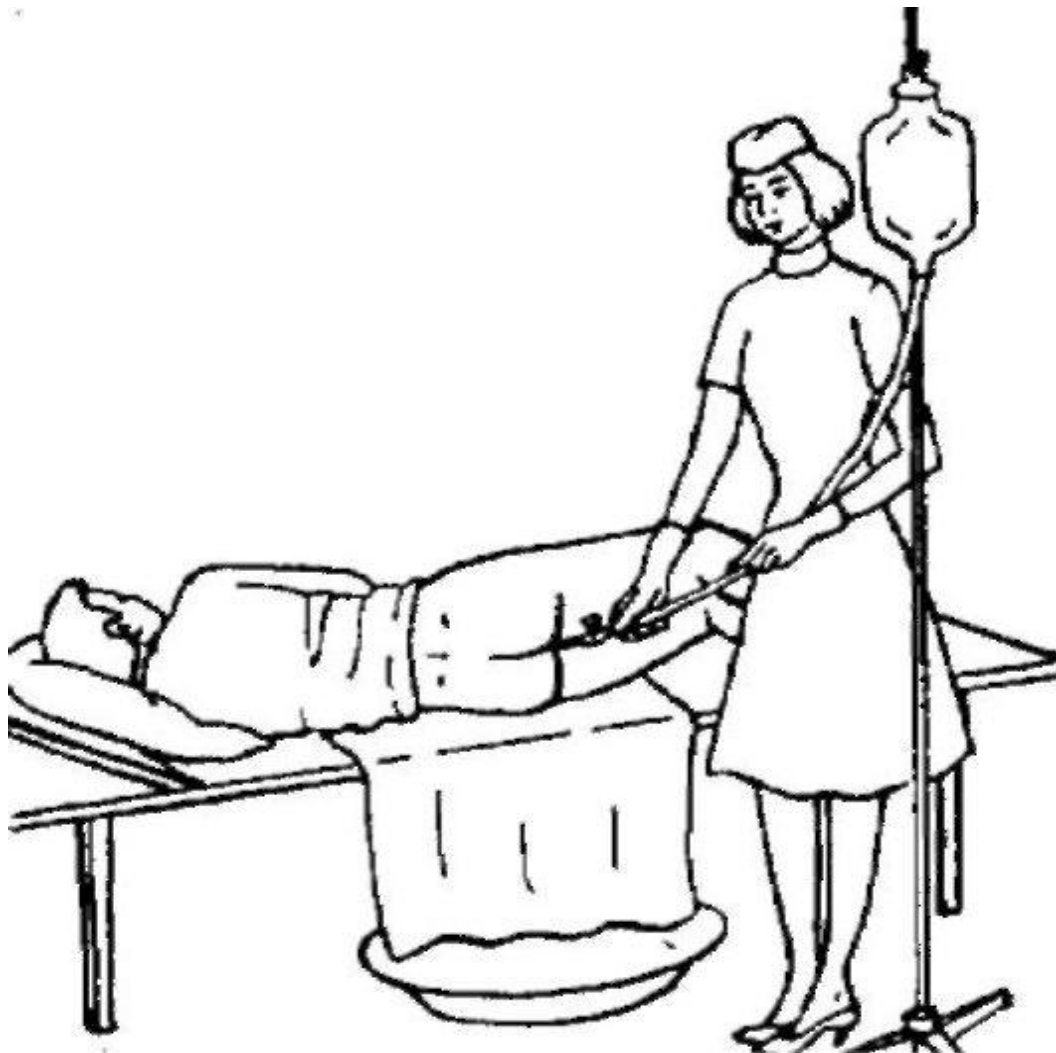
1. Вымыть руки, надеть перчатки, фартук.
2. Закрыть вентиль на кружке Эсмарха.
3. Налить в кружку Эсмарха 1,0–1,5 л приготовленной воды и повесить кружку на стойку.
4. Закрепить стерильный наконечник на трубке кружки Эсмарха, предварительно проверив целостность его краев.
5. Открыть вентиль, слить немного воды через наконечник, чтобы вышел из трубки воздух, затем вентиль закрыть.
6. Используя шпатель и салфетку, смазать наконечник вазелином.
7. Отгородить пациента ширмой, если процедура выполняется в палате.
8. Постелить клеенку на кровать или кушетку так, чтобы ее свободный край свисал в таз, на случай, если больной не удержит воду.
9. На клеенку постелить пленку.
10. Уложить пациента на левый бок, попросить его согнуть ноги в коленях, приведя их к животу (для расслабления мышц брюшного пресса).
11. Большим и указательным пальцем левой руки развести ягодицы, правой рукой осторожно ввести наконечник в анальное отверстие, продвигая его на 3–4 см в прямую кишку по направлению к пупку, а затем на глубину 4 см параллельно позвоночнику.



12. Открыть вентиль кружки Эсмарха, чтобы вода начала поступать в кишечник, попросить пациента глубоко дышать животом, (если вода не поступает в кишечник, следует изменить положение наконечника или поднять выше кружку).
13. Закрыть вентиль, когда вода дойдет до устья кружки.
14. Извлечь осторожно наконечник с помощью салфетки, салфетку сбросить в лоток для отработанного материала.
15. Попросить пациента задержать воду в кишечнике на 5–10 мин, затем опорожнить кишечник (подать пациенту судно, если процедура проводилась в палате).
16. Провести дезинфекцию предметов ухода.
17. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.

Примечание:

- 1) процедуру лучше проводить в специальной комнате — клизменной;
- 2) если пациент не может лечь на бок, процедуру можно проводить в положении «на спине»;
- 3) очистительную клизму можно считать эффективной, если через несколько минут с водой выйдут каловые массы.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 46.
«ТЕХНИКА ПОСТАНОВКИ СИФОННОЙ КЛИЗМЫ»

Цель: тщательное очищение кишечника, кишечный диализ.

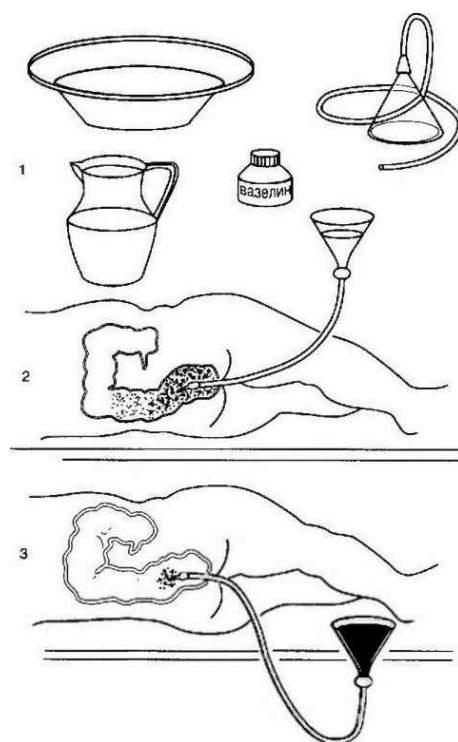
Показания: отсутствие эффекта от очистительной клизмы; отравления некоторыми ядами; подготовка к операции на кишечнике; избыточные процессы брожения и гниения в кишечнике; выраженный метеоризм.

Противопоказания: те же, что и для очистительной клизмы.

Оснащение: толстый зонд: две толстые резиновые трубки диаметром 1,5 см, соединенные стеклянной трубкой; воронка на 1 л, ведро для промывных вод, 10–12 л кипяченой воды комнатной температуры, кувшин, клеенка, пеленка, вазелин, лоток, стерильные: шпатель, марлевые салфетки; резиновый фартук, резиновые перчатки, ширма, емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

1. Ознакомить пациента с последовательностью процедуры.
2. Вымыть руки, надеть перчатки и резиновый фартук.
3. Отгородить пациента ширмой, если процедура выполняется в палате.
4. Уложить пациента на левый бок на кушетку, покрытую клеенкой и пеленкой, попросить согнуть ноги и привести колени к животу.
5. Используя шпатель и салфетку, смазать вазелином слепой конец зонда на протяжении 30–40 см.
6. Большим и указательным пальцем левой руки раздвинуть ягодицы пациента, правой рукой легкими вращательными движениями осторожно ввести слепой конец зонда в кишечник на глубину 30–40 см.
7. Присоединить воронку к свободному концу зонда.
8. Заполнить воронку водой, удерживая ее на уровне кушетки в несколько наклонном положении.
9. Поднять воронку с водой на 1 м выше уровня кушетки, следить, чтобы вода уходила в кишечник из воронки лишь до ее устья.
10. Опустить воронку ниже уровня пациента, удерживая ее наклонно и выливая содержимое в ведро для промывных вод.
11. Повторяя последнюю процедуру, промывать кишечник до чистых промывных вод.
12. Отсоединить воронку, свободный конец зонда опустить в таз или ведро на 10 мин для отхождения из кишечника оставшейся воды и газов.
13. Извлечь осторожно зонд из кишечника с помощью салфетки.
14. Салфетку, зонд, воронку поместить в лоток для отработанного материала.
15. Провести дезинфекцию предметов ухода.
16. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 47.
**«ТЕХНИКА ПОСТАНОВКИ ПОСЛАБЛЯЮЩИХ КЛИЗМ:
МАСЛЯНОЙ, ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ»**

Цель: очищение кишечника.

Показания:

- 1) гипертоническая клизма: атонические запоры, массивные отеки, неэффективность очистительной клизмы;
- 2) масляная клизма: длительные спастические запоры, состояния, определяющие исключение напряжения мышц брюшной стенки и промежности при опорожнении кишечника.

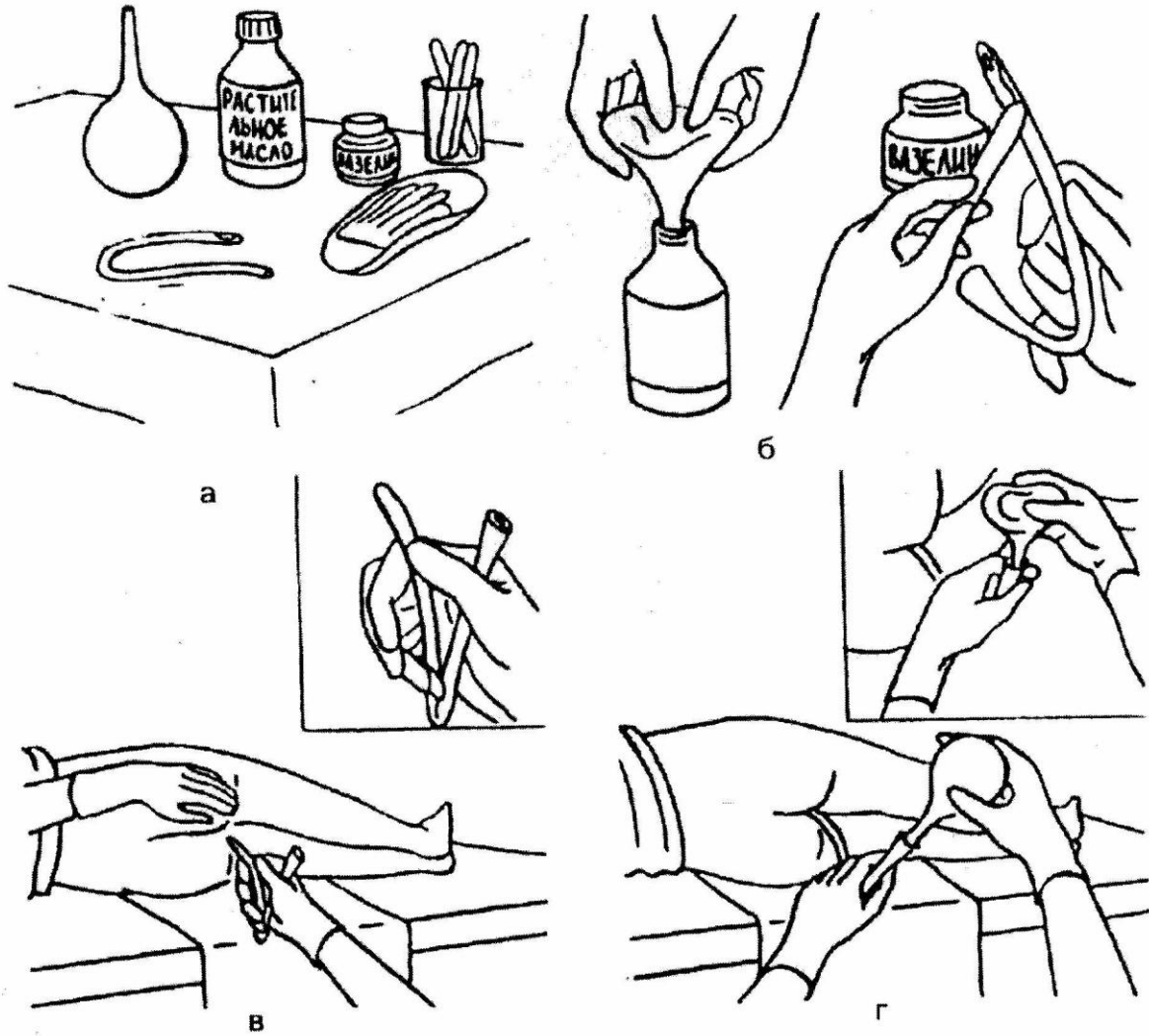
Противопоказания: гипертоническая клизма: воспалительные и язвенные процессы в толстой кишке, трещины заднего прохода.

Оснащение: стерильные: резиновые перчатки, шприц Жанэ или грушевидный баллон, газоотводная трубка, марлевые салфетки, шпатель; вазелин, растворы, подогретые до температуры 37–38°C: для гипертонической клизмы 50–100 мл гипертонического раствора, (5–10%-ный раствор натрия хлорида или 20–30%-ный раствор магния сульфата), для масляной — 100–200 мл масла (подсолнечного, льняного или вазелинового); пеленка, клеенка, лоток для отработанного материала, ширма, емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

1. Объяснить пациенту ход процедуры, действия лекарственных средств.
2. Вымыть руки, надеть перчатки.
3. Отгородить пациента ширмой, если процедура выполняется в палате.
4. Уложить пациента на левый бок с согнутыми и приведенными к животу ногами, постелить под него клеенку, пеленку.
5. Набрать в шприц Жанэ или грушевидный баллон соответствующий раствор.
6. Используя шпатель и салфетку, смазать газоотводную трубку вазелином на 2/3 ее длины.
7. Большим и указательным пальцем левой руки раздвинуть ягодицы пациента, а правой рукой осторожно, вращательными движениями ввести газоотводную трубку на 20–30 см в прямую кишку.
8. Подсоединить к трубке шприц Жанэ или грушевидный баллон и медленно ввести набранный раствор.
9. Отсоединить шприц Жанэ от газоотводной трубки, придерживая и сжимая ее наружный конец, чтобы предотвратить обратное поступление жидкости.
10. Набрать в шприц воздух и, вновь присоединив его к трубке, продуть ее так, чтобы протолкнуть оставшуюся в трубке жидкость.
11. Отсоединить шприц и поместить в лоток для отработанного материала.
12. Извлечь газоотводную трубку с помощью салфетки и поместить в лоток для отработанного материала.

13. Попросить пациента: при гипертонической клизме — плотно сжать ягодичы и полежать 20–30 мин, затем опорожнить кишечник; при масляной клизме — постараться не вставать с постели, через 6–10 ч оценить эффективность.
14. Провести дезинфекцию предметов ухода.
15. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 48.
«ТЕХНИКА ПОСТАНОВКИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ
МИКРОКЛИЗМЫ»

Цель: местное или общее воздействие лекарственных веществ на организм.

Показания: отсутствие возможности приема лекарств внутрь; воспалительные процессы в толстой кишке.

Противопоказания: острые воспалительные процессы в области ануса.

Оснащение: стерильные: резиновые перчатки, шприц Жанэ или грушевидный баллон, газоотводная трубка, шпатель, марлевые салфетки; лекарственное вещество в виде раствора 50–100 мл температурой 38°C; вазелин, лоток для отработанного материала, ширма, емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

1. Перед лекарственной клизмой за 30–40 мин поставить очистительную клизму или попросить пациента самостоятельно опорожнить кишечник.
2. Объяснить пациенту ход процедуры: предупредить пациента, что он не должен вставать после лекарственной клизмы в течение 1 ч.
3. Отгородить пациента ширмой, если процедура проводится в палате.
4. Вымыть руки, надеть перчатки.
5. Уложить пациента на левый бок с согнутыми и приведенными к животу ногами.
6. Набрать в шприц Жанэ или грушевидный баллон лекарственный раствор.
7. Смазать газоотводную трубку вазелином, используя шпатель и салфетку.
8. Раздвинуть левой рукой ягодицы пациента, а правой легкими вращательными движениями ввести газоотводную трубку в прямую кишку на глубину 20–30 см.
9. Соединить свободный конец газоотводной трубки со шприцем или резиновым баллончиком, содержащим лекарственный раствор, и медленно ввести его.
10. Осторожно отсоединить шприц или баллон, придерживая и сжимая наружный конец газоотводной трубки, чтобы предотвратить обратное поступление жидкости.
11. Набрать в шприц (баллон) воздух, вновь присоединить его к трубке и продуть его так, чтобы протолкнуть оставшуюся в трубке жидкость.
12. Отсоединить шприц или грушевидный баллон (не разжимая его) от газоотводной трубки и поместить в лоток для отработанного материала.
13. Извлечь газоотводную трубку с помощью салфетки и поместить их в лоток для отработанного материала.
14. Попросить пациента в течение часа не вставать с постели.
15. Провести дезинфекцию использованных предметов ухода.
16. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.



Примечание: чтобы не вызвать раздражения кишечника, лекарственное вещество разводят в теплом изотоническом растворе хлорида натрия или вводят с обволакивающим веществом (50 мл отвара крахмала).

МАНИПУЛЯЦИЯ № 49.

«КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЖЕНЩИН МЯГКИМ КАТЕТЕРОМ»

Цель: опорожнение и промывание мочевого пузыря; введение лекарственного вещества.

Показания: определяет врач.

Противопоказания: травма или острое воспаление мочеиспускательного канала.

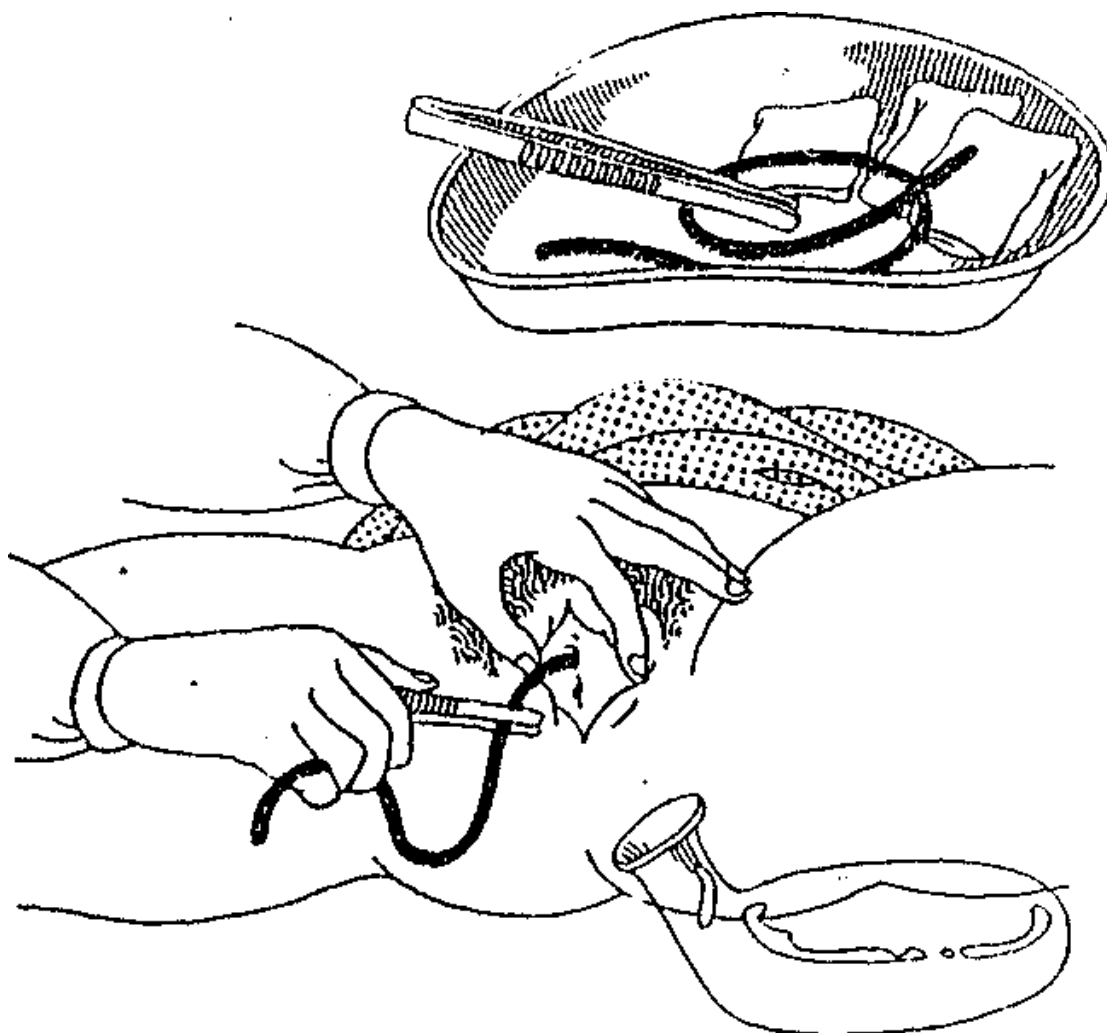
Оснащение: стерильные: резиновый катетер, марлевые салфетки, полотенце, резиновые перчатки (2 пары), вазелиновое масло или глицерин, пинцет, лоток, марлевые шарики, маска; клеенка, пеленка, антисептический раствор (0,02%-ный раствор фурацилина), 70%-ный этиловый спирт, ширма, лоток для использованного материала, емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

1. Отгородить пациентку ширмой, если процедура проводится в палате.
2. Вымыть руки, надеть маску, перчатки.
3. Попросить пациентку лечь на спину, согнуть ноги в коленях, развести бедра и упереть ступни в матрац.
4. Подстелить клеенку между бедрами пациентки, подстелить пеленку, слегка подоткнув верхний ее край под ее ягодицы.
5. Поставить между ног пациентки лоток для использованного материала.
6. Провести туалет мочеполовых органов: 1 и 2 пальцами левой руки развести половые губы и обнажить наружное отверстие мочеиспускательного канала, а правой обработать отверстие мочеиспускательного канала и преддверие влагалища марлевыми шариками, смоченными раствором фурацилина, делая движения сверху вниз и не касаясь одного места дважды.
7. Выбросить использованные шарики в лоток для отработанного материала, убрать лоток в сторону, убрать пеленку.
8. Снять перчатки, поместить в лоток для отработанного материала.
9. Обработать руки шариком, смоченным спиртом, и надеть вторую пару перчаток.
10. Подстелить стерильное полотенце, поставить стерильный лоток с пинцетом, катетером между ног пациентки.
11. Взять правой рукой с помощью стерильного пинцета катетер на расстоянии 4–5 см от слепого конца, а дистальный конец катетера захватить 4-ым и 5-ым пальцами.
12. Открыть флакон со стерильным вазелиновым маслом и, слив небольшое количество в лоток, обработать им кончик катетера, не касаясь его.
13. Развести левой рукой большие половые губы и осторожно ввести слепой конец катетера в наружное отверстие мочеиспускательного канала на глубину 3–5 см, свободный конец катетера поместить в стерильный лоток, продвигать катетер пинцетом до появления мочи.
14. Извлечь катетер по окончании выделения мочи и поместить в лоток для отработанного материала.

15. Промокнуть стерильной салфеткой отверстие мочеиспускательного канала, салфетку поместить в лоток для отработанного материала.
16. Убрать лоток с мочой.
17. Провести дезинфекцию предметов ухода.
18. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.

Примечание: при выполнении данной манипуляции у женщин во время менструаций необходимо тампонировать влагалище.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 50.
«КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ МУЖЧИНЫ»

Цель: опорожнение и промывание мочевого пузыря; введение лекарственного вещества.

Показания: определяет врач.

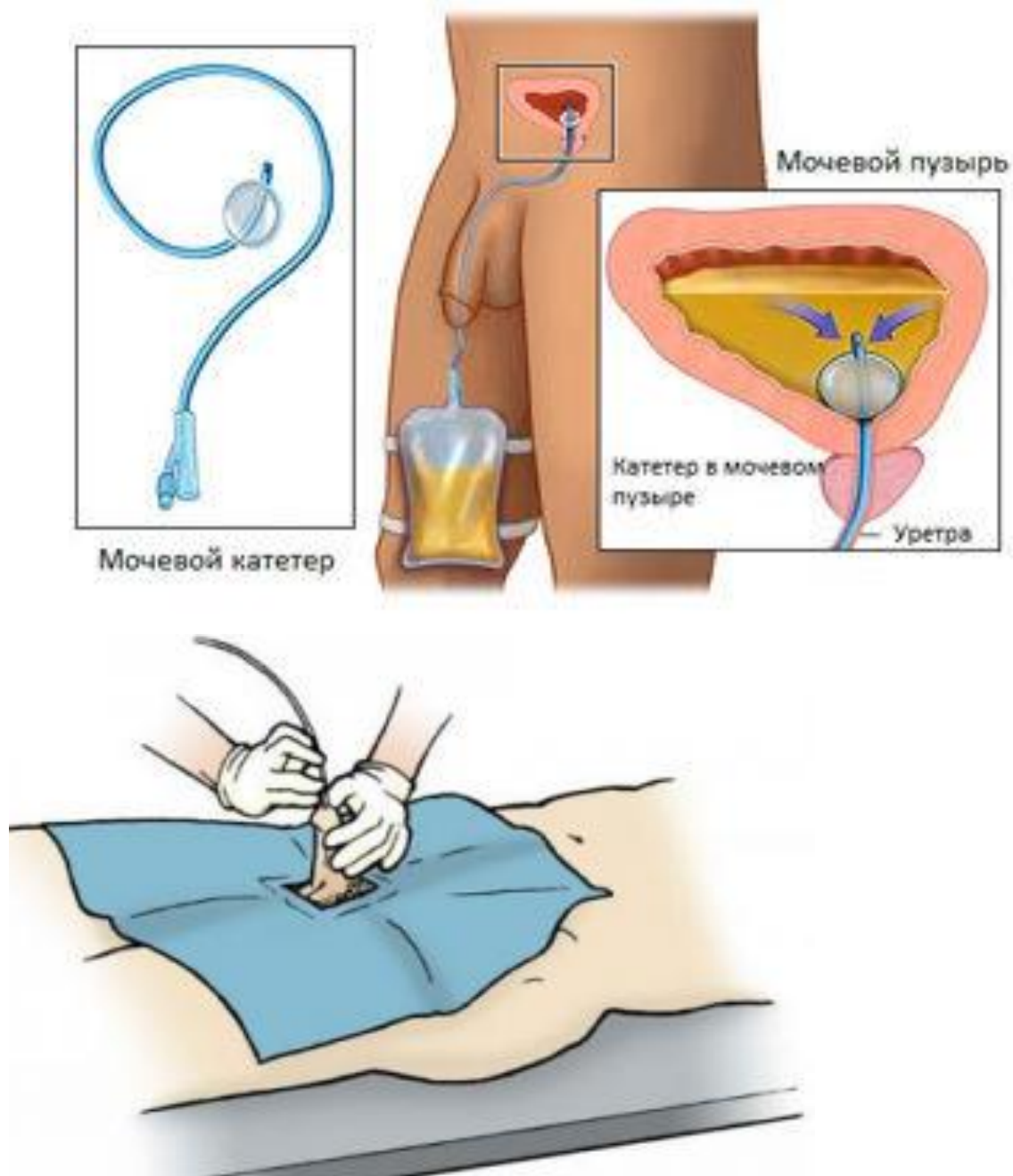
Противопоказания: травма или острое воспаление мочеиспускательного канала.

Оснащение: стерильные: резиновый катетер, марлевые салфетки, полотенце, резиновые перчатки (2 пары), вазелиновое масло или глицерин, пинцет, лоток, марлевые шарики, маска; клеенка, пеленка, антисептический раствор (0,02%-ный раствор фурацилина), 70%-ный этиловый спирт, ширма, лоток для использованного материала, емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

1. Моют руки. Обрабатывают их 0,5 % раствором хлоргексидина.
2. Кладут на стерильный лоток два стерильных катетера, закругленные концы которых смазывают стерильным глицерином, два стерильных ватных шарика, смоченных фурацилином, две стерильные салфетки, пинцет, шприц Жане с раствором фурацилина, подогретым на водяной бане до +37...+38°C.
3. Подмывают пациента. Между его ногами ставят емкость для мочи.
4. Надевают стерильные перчатки и встают справа от пациента.
5. Стерильной салфеткой оборачивают половой член ниже головки.
6. Берут половой член между третьим и четвертым пальцами левой руки, слегка сдавливают головку, а первым и вторым пальцами слегка отодвигают крайнюю плоть.
7. Правой рукой берут ватный шарик, смоченный фурацилином, и обрабатывают головку полового члена движениями от отверстия уретры к периферии.
8. В наружное отверстие уретры вливают одну-две капли стерильного глицерина.
9. В правую руку берут стерильный пинцет.
10. Стерильным пинцетом берут катетер на расстоянии 5–6 см от закругленного конца, а свободный конец захватывают между четвертым и пятым пальцами.
11. Вводят катетер пинцетом на 4–5 см, удерживая его первым и вторым пальцами левой руки, фиксирующими головку полового члена.
12. Перехватывают катетер пинцетом и медленно вводят его еще на 5 см. Одновременно левой рукой натягивают половой член на катетер, что способствует его лучшему продвижению по уретре.
13. Как только катетер достигнет мочевого пузыря, появляется моча, и свободный конец катетера следует опустить в емкость для мочи.
14. После прекращения выделения мочи катетер соединяют со шприцем Жане, наполненным фурацилином, и медленно вводят 100–150 мл раствора в мочевой пузырь, а затем, направив катетер в лоток, удаляют содержимое.
15. Промывание повторяют до тех пор, пока из мочевого пузыря не будет выделяться прозрачная жидкость.
16. Закончив промывание, вращательными движениями осторожно извлекают катетер из уретры.
17. Еще раз обрабатывают наружное отверстие уретры ватным шариком, смоченным фурацилином.

Примечание: перед проведением вмешательства необходимо установить доверительные отношения с пациентом. Необходимо сохранять стерильность катетера на 20 см от закругленного конца. Медицинская сестра имеет право выполнять катетеризацию только мягким катетером и только по назначению врача. При проведении катетеризации могут возникнуть осложнения (см. катетеризация у женщин).



МАНИПУЛЯЦИЯ № 51. **«ПРОМЫВАНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ»**

Цель: лечебная.

Показания: определяет врач.

Оснащение: стерильные: резиновый катетер, шприц Жанэ, марлевые салфетки, пинцет, перчатки (2 пары), лоток, маска, полотенце, марлевые шарики, вазелиновое масло; антисептический раствор (0,02%-ный раствор фурацилина, подогретый до 37°), 70%-ный этиловый спирт; лоток для использованного материала, пленка, клеенка, ширма, судно; емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

1. Отгородить пациента ширмой, если процедура проводится в палате.
2. Вымыть руки, надеть маску, перчатки.
3. Провести катетеризацию мочевого пузыря.
4. Опорожнить мочевой пузырь.
5. Набрать в шприц Жанэ 150–200 мл антисептического раствора, подогретого до 37°С.
6. Соединить шприц Жанэ с катетером и ввести в мочевой пузырь антисептический раствор.
7. Отсоединить шприц от катетера.
8. Поместить наружный конец катетера в стерильный лоток.
9. Повторять промывание мочевого пузыря до чистой промывной жидкости, выливая ее по мере необходимости из стерильного лотка в судно.
10. По окончании процедуры заполнить мочевой пузырь наполовину антисептическим раствором (50–70 мл).
11. Осторожно удалить катетер, поместить в лоток для отработанного материала.
12. Провести дезинфекцию предметов ухода.
13. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.

Примечание: после манипуляции пациент находится в постели 30–60 мин.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 52. **«УХОД ЗА ПОСТОЯННЫМ МОЧЕВЫМ КАТЕТЕРОМ»**

Функциональное назначение: профилактическое

Условия выполнения: амбулаторно-поликлинические, стационарные

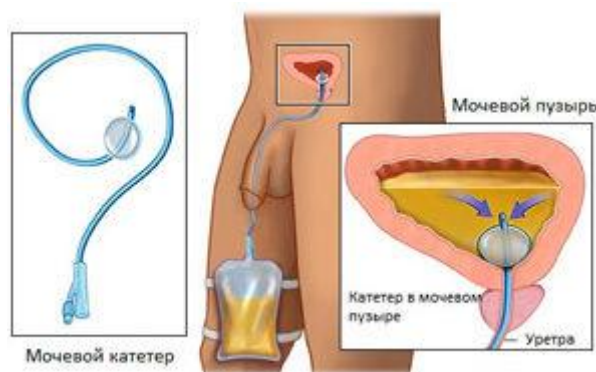
Оснащение: антисептик для обработки рук, спирт этиловый 70⁰, перчатки нестерильные, одноразовое полотенце, адсорбирующая пеленка, ватные шарики, салфетки, емкость для воды, емкость для дезинфекции расходного материала.

I. Подготовка к процедуре

1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель предстоящей процедуры.
2. Обеспечить конфиденциальность процедуры.
3. Надеть перчатки.
4. Положить под ягодицы пациента (пациентки) адсорбирующую пеленку.
5. Опустить изголовье кровати.
6. Попросить пациента занять положение на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами (при необходимости помочь ему).

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 воспаления (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 плоскости.
7. Снять с кровати пеленку (клеенку с пеленкой) и поместить ее в емкость для дезинфекции.



III. Окончание процедуры

1. Снять перчатки, вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика).
2. Сделать соответствующую запись о выполнении процедуры в медицинской документации.

Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики.

Для профилактики внутрибольничной инфекции у пациента с постоянным мочевым катетером:

1. Следить, чтобы система катетер-мочеприемник была замкнутой, разъединять ее только в случае необходимости промывания катетера.
2. Промывать катетер только при подозрении на его закупорку.
3. При необходимости промывания катетера соблюдать правила асептики.
4. Осторожно отсоединять мочеприемник, избегая загрязнения соединительной трубки.
5. Мыть область вокруг катетера водой, жидким мылом 2 раза в день.

МАНИПУЛЯЦИЯ № 53. **«ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТУ ПРИ РВОТЕ»**

Цель: профилактика попадания рвотных масс в дыхательные пути.

Оснащение: стерильный катетер и электроотсос или грушевидный баллон, резиновые перчатки, полотенце, почкообразный лоток, таз, 2 клеенчатых фартука, стерильный шпатель, один из антисептических растворов: 2%-ный раствор гидрокарбоната натрия, бледно-розовый раствор калия перманганата или кипяченая вода, марлевые салфетки, деревянная палочка, чистая сухая стеклянная банка, емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

I. Если пациент в сознании и может сесть

1. Надеть перчатки.
2. Усадить пациента.
3. На себя и на пациента надеть клеенчатые фартуки.
4. Поставить к ногам пациента таз.
5. Дать пациенту полотенце.
6. Стоя сбоку и немного сзади от пациента, придерживать его голову, положив ладонь на лоб.
7. Дать пациенту после рвоты прополоскать рот антисептическим раствором.
8. Осмотреть рвотные массы, сообщить врачу.
9. При необходимости рвотные массы собрать деревянной палочкой в чистую стеклянную банку и отправить в лабораторию.
10. Оставшиеся рвотные массы засыпать дезинфицирующим средством или залить дезинфицирующим раствором, перемешать, через час вылить в унитаз.
11. Провести дезинфекцию предметов ухода.
12. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.



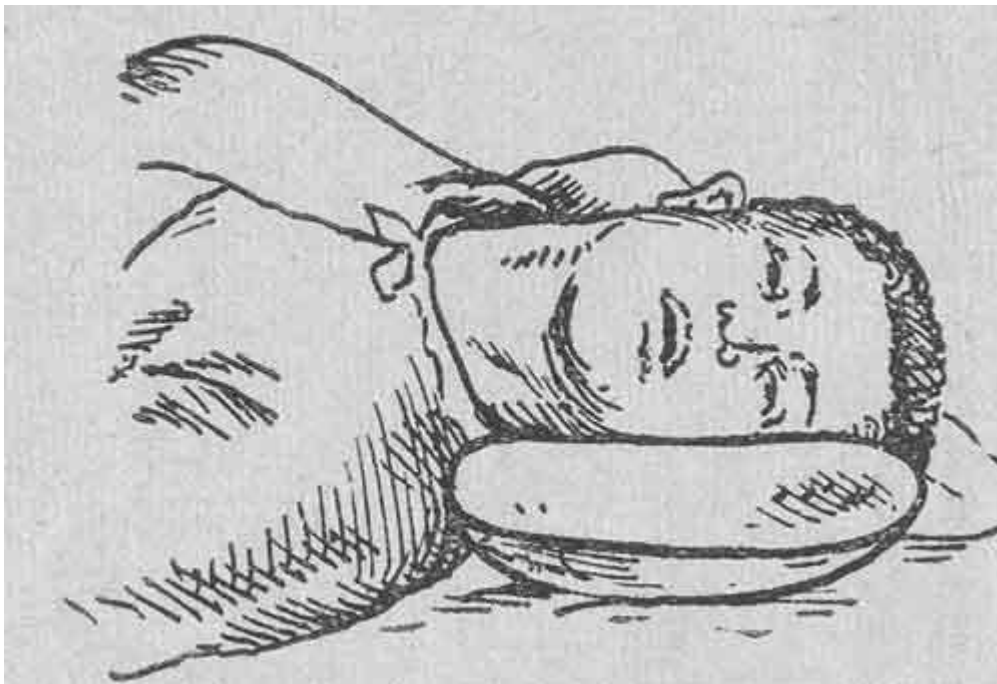
II. Если пациент ослаблен или без сознания

1. Убрать подушку из под головы пациента.
2. Повернуть его голову набок.
3. При наличии зубных протезов снять их.
4. Поставить к кровати пациента таз.
5. Накрыть шею и грудь пациента клеенкой, нижний конец которой опустить в таз.
6. При небольшом количестве рвотных масс можно использовать почкообразный лоток, поднеся его ко рту пациента.
7. После рвоты остатки рвотных масс удалить из полости рта, носа электроотсосом или грушевидным баллоном (при необходимости).

8. Обработать полость рта салфеткой, намотанной на шпатель и смоченной кипяченой водой или антисептическим раствором.
9. Осмотреть рвотные массы, сообщить врачу.
10. При необходимости рвотные массы собрать в чистую стеклянную банку и отправить в лабораторию.
11. Оставшиеся рвотные массы засыпать дезинфицирующим средством или залить дезинфицирующим раствором, перемешать, через час вылить в унитаз.
12. Провести дезинфекцию предметов ухода.
13. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.

Примечание:

- 1) оказывая помощь при рвоте, медсестра не должна оставлять больного без присмотра;
- 2) при рвоте «кофейной гущей» (признаки желудочного кровотечения) срочно пригласить врача через третье лицо.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 54. **«ТЕХНИКА ПРОМЫВАНИЯ ЖЕЛУДКА»**

Цель: лечебная, диагностическая.

Показания: отравления — пищевые, лекарственные, подготовка к обследованию.

Противопоказания: язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки в период обострения, опухоли желудка, кровотечение из желудка, тяжелая сердечная патология.

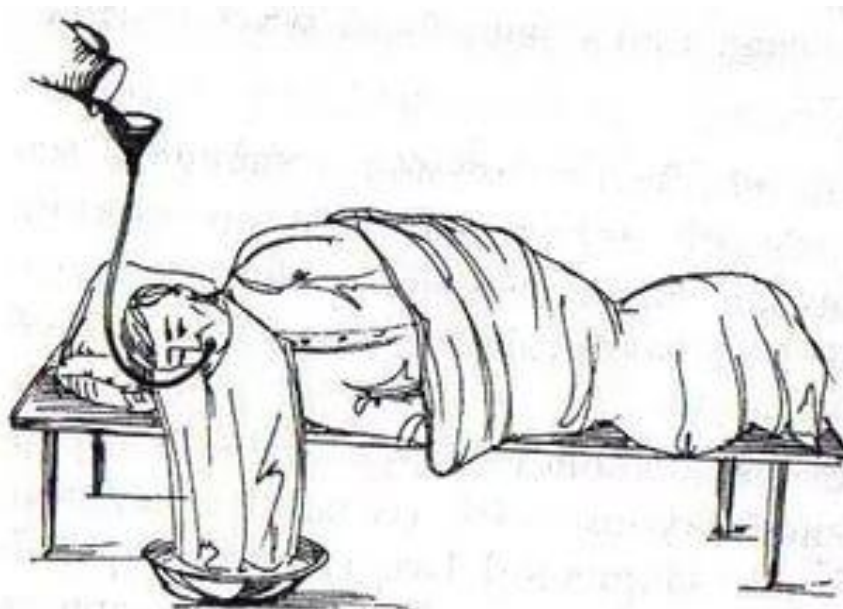
Оснащение: стерильные толстый желудочный зонд, резиновая трубка длиной 70 см и соединительная стеклянная трубка, стеклянная прозрачная воронка емкостью 1 л, лоток, резиновые перчатки, марлевые салфетки; кувшин емкостью 1 л, 2 клеенчатых фартука, маска, полотенце, емкость с кипяченой водой на 8–10 л (температура 20°С), таз для промывных вод, емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

1. Успокоить пациента, объяснить ему, как вести себя во время манипуляции.
2. Вымыть руки, надеть маску, перчатки.
3. Собрать систему: зонд, соединительная трубка, резиновая трубка.
4. Надеть фартуки на себя и пациента, усадить его, вынуть зубные протезы, если они есть.
5. Измерить расстояние от резцов до пупка, сделать отметку на зонде.
6. Встать справа от пациента, емкость с чистой водой поставить справа от себя, а таз для промывных вод — слева.
7. Взять зонд в правую руку и попросить пациента широко открыть рот и глубоко дышать через нос.
8. Намочить слепой конец зонда кипяченой водой.
9. Положить зонд на корень языка в момент вдоха и предложить пациенту сделать глотательные движения, продвигая зонд в пищевод и в желудок до нужной отметки. Делать это следует медленно, чтобы избежать закручивания зонда.
10. Присоединить к зонду воронку и опустить ее до уровня колен пациента, наклонив к себе.
11. Налить в нее 1 л воды.
12. Поднять воронку вверх и держать до тех пор, пока вода не дойдет до устья воронки.
13. Опустить воронку вниз — промывные воды начнут поступать из желудка в воронку.
14. Содержимое воронки вылить в таз, повторить действия до чистых промывных вод.
15. Отсоединить воронку, удалить зонд с помощью салфетки.
16. Провести дезинфекцию предметов ухода.
17. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.
18. Уложить пациента в постель.

Примечание:

- 1) если во время продвижения зонда больной закашлялся и посинел, необходимо извлечь зонд (так как он попал в дыхательные пути) и повторить введение через несколько минут;
- 2) оставить промывные воды до прихода врача;
- 3) если во время процедуры в промывных водах появилась кровь, необходимо прекратить промывание желудка и немедленно сообщить об этом врачу;
- 4) при необходимости собрать промывные воды в чистую стеклянную банку и отправить на исследование в лабораторию с направлением;
- 5) оставшиеся промывные воды засыпать дезинфицирующим средством или залить дезинфицирующим раствором, перемешать, через 1 ч вылить в унитаз.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 55.
«ВЫБОРКА НАЗНАЧЕНИЙ ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ»

Цель: своевременное выполнение врачебных назначений.

Показания: ежедневно после врачебного обхода.

Оснащение: медицинская карта стационарного больного (история болезни), лист индивидуальных назначений, журналы: врачебных, разовых и парентеральных назначений, журналы для дополнительных исследований: лабораторный, ЭКГ, для рентгеновского кабинета, консультаций и др.

Последовательность действий

1. Утром, после врачебного обхода, переписать все назначения пациента из истории болезни в журнал «Врачебные назначения» или «Лист индивидуальных назначений»:
 - в журнале «Врачебные назначения» для каждого больного отводится отдельный лист;
 - на листах индивидуальных назначений отметить ФИО пациента, номер палаты, дату заполнения.
2. Отдать историю болезни лечащему врачу и попросить его заверить своей подписью все назначения, перенесенные в лист или журнал.
3. Выписать из листа (журнала) назначений:
 - в журнал «Парентеральные назначения»: все инъекции, которые должна выполнять медсестра процедурного кабинета (в/в вливания, в/м инъекции на протяжении дня, забор крови на анализ из вены и т. д.);
 - в журнал «Разовые назначения»: все инъекции и процедуры, которые должна выполнять дежурная медицинская сестра в вечернее и утреннее время (постановка горчичников, банок, клизм, инъекций на ночь и т. д.);
 - назначенные врачом дополнительные исследования перенести в соответствующие журналы.
4. Проверить на сестринском посту наличие лекарственных средств, обозначенных в листах назначений.
5. Оформить заявку на недостающие лекарственные средства и получить их у старшей медсестры.
6. Об отсутствии необходимых лекарственных средств у старшей медицинской сестры поставить в известность лечащего врача.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 56.
«РАЗДАЧА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ
ЭНТЕРАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ»

Цель: выполнение назначений врача.

Оснащение: передвижной столик, лотки «для раздачи лекарств», мензурки, ножницы, стерильные пипетки, лекарственные средства, листы назначений.

Последовательность действий

1. Приготовить лекарственные средства согласно их перечню в листах назначений: на общий лоток «для раздачи лекарств» или в лотки с ячейками с указанием ФИО больных, номеров палат.
2. Сверить названия лекарств на упаковках, их дозировку с таковыми в листах назначений, проверить их сроки годности.
3. Вымыть руки.
4. Предупредить пациентов об особенностях фармакологического действия лекарств (вкус, запах, продолжительность действия и т.д.).
5. Объяснить пациенту правила приема лекарств:
 - а) твердые лекарственные формы:
 - принимать только в положении стоя или сидя;
 - положить таблетку (драже, капсулу, пилюлю) на корень языка и запить водой не менее 100–150 мл (драже, капсулы, пилюли — в неизменном виде, таблетки при необходимости разломить на мелкие кусочки или размельчить, порошок можно развести предварительно водой);
 - б) жидкие лекарственные формы — настои, отвары, микстуры:
 - налить лекарство в градуированную мензурку или столовую ложку (15 мл), выпить и запить водой;
 - в) жидкие лекарственные формы на спирту — настойки, экстракты:
 - накапать пипеткой нужное количество капель в мензурку, разбавить водой 10–15 мл, выпить и запить водой.
 - г) прием лекарственных средств под язык (сублингвально):
 - положить таблетку (капсулу) под язык и держать ее до полного растворения (аналогично можно использовать кусочек сахара, нанеся на него несколько капель лекарственного вещества).
6. Раздать лекарственные средства пациентам в строго указанное время по листам назначений и проконтролировать применение.
7. После приема лекарств отметить в листах назначений дату, время, дозу и путь его введения, поставить свою подпись.

Примечание: лекарства, назначенные:

- до еды — дать за 15 мин до приема пищи;
- во время еды — дать с пищей;
- после еды — дать через 15 мин после приема пищи;
- натощак – раздать утром за 20–60 мин до завтрака;
- снотворное — за 30 мин до сна;
- если лекарственное средство дано ошибочно или превышена его разовая дозировка — немедленно сообщить об этом врачу;
- медицинская сестра не имеет права без ведома врача назначить или заменить одни лекарства другими.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 57. «ПРИМЕНЕНИЕ МАЗЕЙ»

Цель: местное воздействие лекарственных средств.

Показания: определяет врач.

Противопоказания: индивидуальная непереносимость лекарственного средства.

Оснащение: мазь, раствор антисептика, специальное приспособление для втирания мази, шпатель, стерильные: салфетки, резиновые перчатки; ножницы, бинт, емкости с дезинфицирующим раствором.



Последовательность действий

Прочитать название лекарственного средства и сообщить пациенту необходимую информацию о процедуре.

I. Втирание мази в кожу

1. Помочь пациенту занять удобное положение (при необходимости отгородить пациента ширмой).
2. Вымыть руки.
3. Надеть перчатки.
4. Вымыть с мылом необходимый участок кожи пациента, высушить стерильной салфеткой.
5. Нанести мазь из тюбика на специальное приспособление для втирания мази.
6. Втирать мазь легкими вращательными движениями 3–4 мин до тех пор, пока не исчезнут следы мази, поместить приспособление для втирания мази в емкость с дезинфицирующим раствором.
7. Укрыть тепло пациента, если это указано в инструкции по применению мази.
8. Убедиться, что пациент не испытывает дискомфорт после применения мази.
9. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.

II. Нанесение мази на кожу, наложение мазевой повязки

1. Вымыть руки, надеть перчатки.
2. С помощью стерильного шпателя нанести необходимое количество мази на стерильную салфетку.
3. Обработать салфеткой с мазью пораженный участок.
4. По показаниям наложить мазевую повязку.
5. Зафиксировать салфетку с мазью бинтом или лейкопластырем.
6. Спросить пациента, не испытывает ли он дискомфорт в связи с наложенной повязкой.
7. Поместить использованный материал в соответствующие емкости с дезинфицирующим раствором.
8. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.

МАНИПУЛЯЦИЯ № 58.

«ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАСТЫРЯ С ЛЕЧЕБНОЙ ЦЕЛЬЮ»

Цель: местное воздействие на кожу с лечебной целью.

Показания: определяет врач.

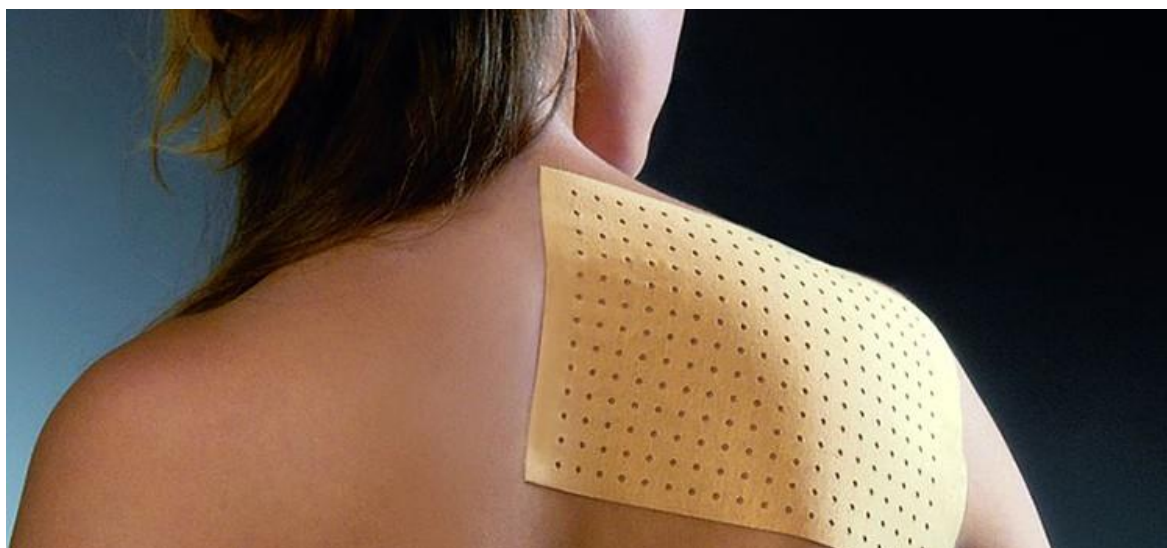
Противопоказания: индивидуальная непереносимость лекарственного средства, раздражение кожи.

Оснащение: лечебный пластырь, ножницы, бритвенный станок, резиновые перчатки, стерильные салфетки, лоток для отработанного материала, емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

1. Сообщить пациенту необходимую информацию о предстоящей процедуре.
2. Помочь пациенту занять удобное положение.
3. Вымыть руки.
4. Надеть перчатки.
5. Побрить при необходимости участок, куда будет накладываться пластырь.
6. Осушить участок кожи салфеткой, поместить ее в лоток для отработанного материала.
7. Вскрыть пакет с пластырем, снять его с защитного покрытия.
8. Наложить пластырь на подготовленный участок кожи и слегка прижать, не оставляя воздушных пузырей (размер пластыря, содержащего лекарственное вещество, должен соответствовать площади очага поражения).
9. Провести дезинфекцию салфеток, бритвенного станка.
10. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.

Примечание: при ощущении пациентом сильного жжения — пластырь снять раньше планируемого времени, а на место наложения пластыря нанести вазелин.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 59. **«ПРИМЕНЕНИЕ РЕКТАЛЬНЫХ СВЕЧЕЙ»**

Цель: местное воздействие на слизистую прямой кишки, введение лекарственных средств энтерально, опорожнение кишечника.

Показания: определяет врач.

Противопоказания: кишечное кровотечение.

Оснащение: суппозитории (свечи), ножницы, салфетки, резиновые перчатки, емкости с дезинфицирующим раствором, лоток, ширма.

Последовательность действий

1. Сообщить пациенту информацию о лекарственном средстве.
2. Достать упаковку с суппозиториями из холодильника.
3. Отгородить пациента ширмой.
4. Уложить пациента на левый бок с согнутыми в коленях и приведенными к животу ногами.
5. Вымыть руки, надеть перчатки.
6. Вскрыть упаковку, в правую руку взять свечу.
7. Раздвинуть левой рукой ягодицы пациента, а правой ввести свечу узким концом в заднепроходное отверстие за наружный сфинктер прямой кишки, оболочку свечи положить в лоток для отработанного материала.
8. Обработать салфеткой область заднего прохода, поместить салфетку в лоток для отработанного материала.
9. Попросить пациента полежать 20–30 мин.
10. Провести дезинфекцию салфеток.
11. Снять перчатки, погрузить их в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.
12. Убрать ширму.

Примечание:

- 1) суппозитории становятся жидкими при температуре тела, поэтому вскрывать их необходимо непосредственно перед введением;
- 2) перед введением суппозиторий общего воздействия на организм необходимо опорожнить кишечник или сделать очистительную клизму.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 60.
«ЗАКАПЫВАНИЕ КАПЕЛЬ В НОС, УХО, ГЛАЗА»

Цель: местное воздействие лекарственных средств.

Показание: определяет врач.

Оснащение: стерильные: пипетки, марлевые шарики, резиновые перчатки, лотки; антисептический раствор, лоток для использованного материала, флаконы с лекарственными растворами, емкость с горячей водой, емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

1. Прочитать название лекарственного средства.
2. Сообщить пациенту необходимую информацию о предстоящей процедуре.
3. При необходимости предварительно провести туалет носовых ходов, ушных раковин, наружного слухового прохода, глаз.

I. Закапывание капель в нос

1. Усадить пациента со слегка запрокинутой головой или уложить на спину без подушки.
2. Вымыть руки, надеть перчатки.
3. Набрать в пипетку лекарственный раствор из флакона в объеме, достаточном для проведения процедуры.
4. Наклонить голову пациента к правому плечу, если пациент сидит, повернуть вправо — если лежит.
5. Приподнять кончик носа пациента большим пальцем левой руки.
6. Ввести пипетку в правый носовой ход на глубину 1–1,5 см, стараясь не касаться слизистой носа, и закапать 3–4 капли.
7. Аналогично через 20–30 секунд закапать лекарственный раствор в левый носовой ход.
8. Провести дезинфекцию пипетки.
9. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.

II. Закапывание капель в ухо

1. Поставить флакон с лекарственным раствором в емкость с горячей водой и подогреть до температуры тела (36–37°C).
2. Уложить пациента на бок.
3. Вымыть руки, надеть перчатки.
4. Набрать в пипетку лекарственный раствор.
5. Проверить температуру лекарственного раствора (нанести раствор на тыльную поверхность ладони).
6. Оттянуть левой рукой ушную раковину вверх и назад (для выпрямления наружного слухового прохода).
7. Закапать 2–3 капли лекарственного раствора в ухо.
8. При наличии перфорации барабанной перепонки слегка надавить несколько раз на козелок с целью распределения лекарственного препарата в барабанной полости.

9. Ввести в наружный слуховой проход пациента марлевый тампон.
10. Попросить пациента полежать в данном положении 10–15 мин.
11. Спросить пациента о самочувствии.
12. Аналогично закапать лекарственный раствор в другое ухо.
13. Провести дезинфекцию предметов ухода.
14. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.

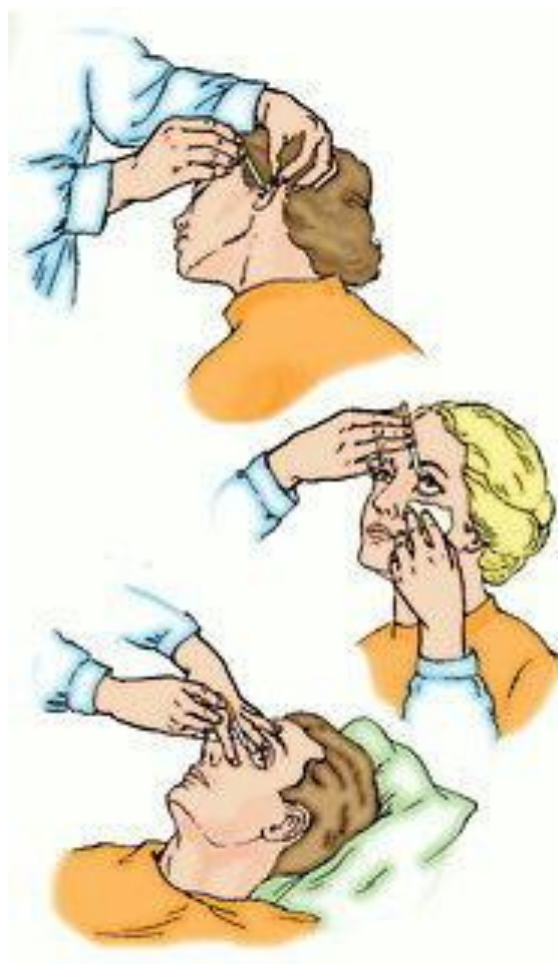
Осложнение: ожог слизистой оболочки барабанной перепонки и барабанной полости.

III. Закапывание капель в глаза

1. Усадить пациента или уложить на спину без подушки лицом к источнику света со слегка запрокинутой головой.
2. Вымыть руки, надеть перчатки.
3. Набрать правой рукой в пипетку лекарственный раствор.
4. Взять в левую руку стерильный марлевый шарик.
5. Попросить пациента посмотреть вверх.
6. Оттянуть нижнее веко левой рукой с помощью марлевого шарика.
7. Закапать в нижний конъюнктивальный мешок 1–2 капли лекарственного раствора ближе к носу (не подносить пипетку близко к конъюнктиве!).
8. Попросить пациента закрыть глаза и вращать глазное яблоко для равномерного распределения лекарственного раствора.
9. Промокнуть шариком остатки капель у внутреннего угла глаза.
10. Аналогично закапать капли в другой глаз.
11. Спросить пациента о самочувствии.
12. Поместить весь использованный материал в соответствующие емкости с дезинфицирующими растворами.
13. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.

Примечание:

- 1) для каждого лекарственного препарата нужна отдельная пипетка;
- 2) флаконы с лекарственным раствором, если они хранятся в холодильнике, необходимо вынуть не менее чем за 2 ч до применения.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 61.
«ТЕХНИКА ПРОВЕДЕНИЯ ИНГАЛЯЦИЙ
ИНДИВИДУАЛЬНЫМ КАРМАННЫМ ИНГАЛЯТОРОМ»

Цель: снятие бронхиального спазма.

Показания: спазм бронхов.

Противопоказания: индивидуальная непереносимость лекарственного средства.

Оснащение: ингаляционный баллончик.

Последовательность действий

1. Прочитать название лекарственного препарата.
2. Сообщить пациенту необходимую информацию о лекарственном препарате и его действии.
3. Усадить пациента (если состояние пациента позволяет, лучше выполнять процедуру стоя, так как дыхательная экскурсия грудной клетки при этом эффективнее).
4. Вымыть руки.
5. Снять с ингалятора защитный колпачок.
6. Перевернуть баллончик с аэрозолем вверх дном и встряхнуть его.
7. Попросить пациента:
 - сделать вдох, затем глубокий выдох и запрокинуть слегка голову назад;
 - взять мундштук в рот, плотно обхватить его губами и сделать глубокий вдох.
8. Нажать на дно баллончика в момент вдоха пациента.
9. Извлечь мундштук ингалятора изо рта пациента и порекомендовать задержать дыхание на 5–10 с.
10. Попросить пациента сделать глубокий выдох.
11. Закрывать защитным колпачком ингалятор.
12. Вымыть руки.

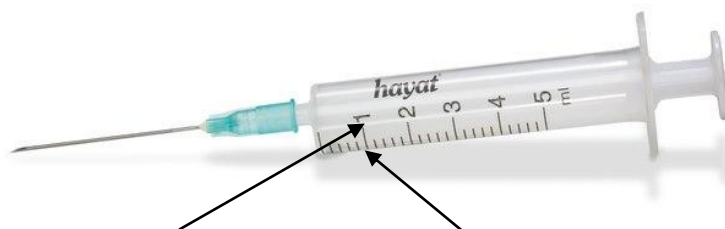
Примечание: количество ингаляций и временной промежуток между ними определяет врач.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 62.
«ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦЕНЫ ДЕЛЕНИЯ ШПРИЦА»

1. **Цель:** набор в шприц заданной дозы лекарственного вещества.
2. **Обоснование:** для набора в шприц нужной дозы лекарственного препарата, надо знать цену деления шприца, т. е. какое количество раствора может находиться между двумя ближайшими делениями цилиндра. Деления и цифры на шприце указывают его вместительность в миллилитрах и долях миллилитра.
3. **Последовательность действий:**
 1. Найти на цилиндре шприца ближайшую к подыгольному конусу цифру (объем цилиндра).
 2. Подсчитать количество делений между этой цифрой и подыгольным конусом.
 3. Разделить цифру на количество делений.

Пример:



Ближайшее к подыгольнику деление с цифрой – 1 мл (А)

Количество отрезков (промежутков) от «0» до «А» – 5 (В)

Цена деления = $A/B = 1/5 = 0,2$ мл



МАНИПУЛЯЦИЯ № 63. «СБОРКА ОДНОРАЗОВОГО ШПРИЦА»

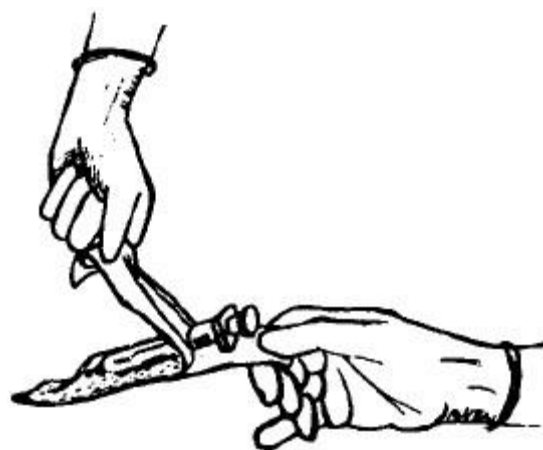
Цель: подготовка шприца к инъекции.

Оснащение: одноразовый шприц в упаковке, игла в упаковке, резиновые перчатки, маска.

Последовательность действий

1. Вымыть руки, надеть маску, перчатки.
2. Взять шприц в упаковке, вскрыть упаковку со стороны поршня.
3. Взять иглу в упаковке и вскрыть со стороны канюли.
4. Извлечь шприц за поршень из упаковки и присоединить к игле.
5. Извлечь иглу из упаковки.
6. Поместить шприц с иглой на лоток.

Примечание: если шприц и игла находятся в одной упаковке, соединить их следует внутри упаковки, затем вынуть из упаковки и поместить на лоток.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 64.

«НАБОР ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ИЗ АМПУЛ И ФЛАКОНОВ»

Цель: введение пациенту лекарственного раствора.

Оснащение: на лотке: шприц с иглой, игла для инъекции, ватные шарики, пинцет в крафт-пакете; лекарственный раствор в ампулах и флаконах, стеклорез, нестерильный пинцет или ножницы, раствор 70%-ного этилового спирта, лоток для отработанного материала.

Последовательность действий

После сборки шприца медицинская сестра остается в перчатках и маске.



1. Набор лекарственного раствора из ампулы

1. Уточнить название, концентрацию, срок годности приготовленного лекарственного средства, сравнить с назначением врача.
2. Встряхнуть ампулу, чтобы раствор оказался в широкой ее части.
3. Стерильным пинцетом взять ватный шарик, пинцет вернуть в крафт-пакет, шарик смочить спиртом.
4. Надпилить узкую часть ампулы стеклорезом и протереть шариком со спиртом.
5. Вскрыть ампулу, отломив надпиленную часть шариком, смоченным спиртом.
6. Вскрытую ампулу поставить на стол, шарик сбросить в лоток для отработанного материала.
7. Открыть стерильный лоток, взять шприц в правую руку.
8. Взять ампулу в левую руку между вторым и третьим пальцами.
9. Ввести иглу в просвет ампулы, не касаясь ее краев снаружи.
10. Оттянуть поршень на себя и набрать необходимое количество раствора.
11. Положить пустую ампулу в лоток для отработанного материала.
12. Снять свободной рукой иглу, через которую набирали раствор, и положить ее в лоток для отработанного материала.
13. Пинцетом взять иглу для инъекции, надеть ее на подыгольный конус шприца и закрепить ее (притереть).
14. Положить пинцет в крафт-пакет.
15. Проверить проходимость иглы, пропустив через нее 1–2 капли лекарственного раствора (шприц находится в вертикальном положении).
16. Положить шприц на лоток, накрыть салфеткой.



II. Набор лекарственного раствора из флакона

1. Уточнить название, концентрацию, срок годности приготовленного лекарственного раствора, сверить с назначением врача.
2. Отметить на этикетке дату, время вскрытия флакона, поставить свою подпись.
3. Вскрыть (нестерильным пинцетом, ножницами) центральную часть алюминиевой крышки флакона.
4. Взять стерильным пинцетом стерильный ватный шарик.
5. Пинцет положить в крафт-пакет, шарик смочить спиртом.
6. Обработать шариком, смоченным спиртом, резиновую пробку флакона, шарик сбросить в лоток для отработанного материала.
7. Открыть стерильный лоток, взять шприц с иглой в правую руку.
8. Проколоть резиновую пробку флакона иглой.
9. Перевернуть флакон вверх дном, слегка приподняв и придерживая его пальцами левой руки.
10. Набрать необходимое количество лекарственного раствора, оттягивая поршень.
11. Снять флакон вместе с иглой с подыгольного конуса шприца, придерживая поршень, флакон поставить на стол.
12. Взять стерильным пинцетом иглу для инъекции, надеть ее подыгольный конус, закрепить ее, пинцет положить в крафт-пакет.
13. Проверить проходимость иглы, пропустив через нее 1–2 капли раствора.
14. Положить шприц на лоток, накрыть салфеткой.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 65.

«РАЗВЕДЕНИЕ АНТИБИОТИКА (ПОРОШКООБРАЗНАЯ ФОРМА)»

Цель: введение пациенту лекарственного раствора.

Показания: определяет врач.

Противопоказания: аллергические реакции на лекарственные вещества.

Оснащение: на лотке с салфеткой: шприц с иглой, игла для инъекции, ватные шарики, пинцет в крафт-пакете; лекарственное средство во флаконе (антибиотик); один из растворителей: 0,9%-ный раствор натрия хлорида, вода для инъекций, 0,5%-ный или 0,25%-ный раствор новокаина; стеклорез, нестерильный пинцет или ножницы, лоток для отработанного материала.

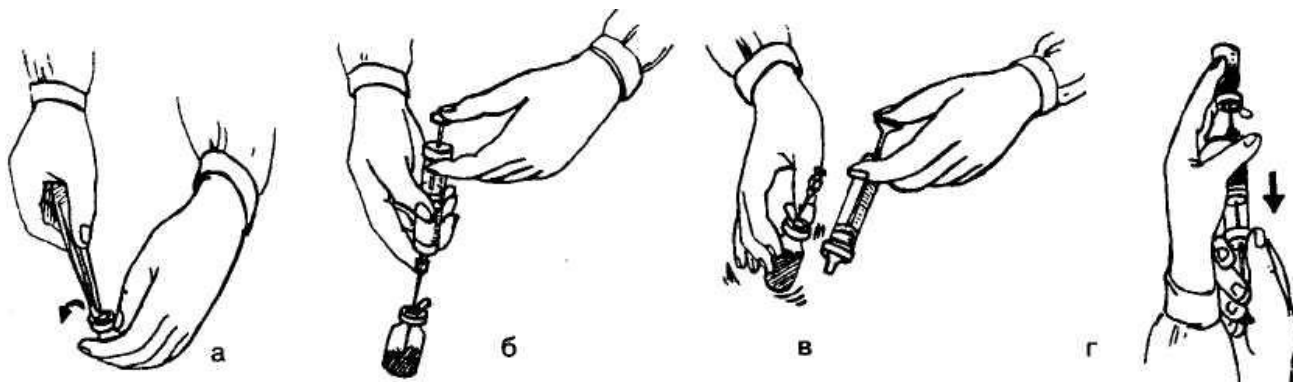
Последовательность действий

После сборки шприца медицинская сестра остается в перчатках и маске.

1. Уточнить название, срок годности, дозу лекарственных средств, сравнить их с назначением врача.
2. Удалить алюминиевую крышку нестерильным пинцетом с флакона с антибиотиком.
3. Обработать шариком со спиртом резиновую пробку флакона, дать спирту испариться; поскольку он инактивирует антибиотик.
4. Набрать в шприц из ампулы или флакона необходимое количество растворителя (из расчета на 100 000 ЕД сухого вещества 1 мл растворителя).
5. Проколоть пробку флакона с антибиотиком иглой и ввести во флакон растворитель.
6. Снять флакон вместе с иглой с подыгольного конуса шприца и, встряхивая флакон, добиться растворения порошка.
7. Присоединить шприц к флакону с антибиотиком и набрать необходимое количество растворенного антибиотика.
8. Снять флакон вместе с иглой с подыгольного конуса шприца, поставить флакон на стол.
9. Надеть и закрепить на конусе шприца иглу для инъекции.
10. Проверить проходимость иглы, выпустив воздух и 1–2 капли раствора через иглу.
11. Положить шприц в стерильный лоток, накрыть салфеткой.

Осложнения: аллергические реакции, анафилактический шок.

Примечание: в случае, если содержимое флакона рассчитано на инъекцию для одного пациента, то на каждые 100 000 ЕД сухого вещества (антибиотика) берут 0,5 мл растворителя.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 66. **«ТЕХНИКА ВНУТРИКОЖНОЙ ИНЪЕКЦИИ»**

Цель: введение лекарственных растворов, проведение диагностических проб, прививок.

Показания: определяет врач.

Противопоказания: аллергические реакции на лекарственные средства.

Оснащение: на лотке: шприц с лекарственным раствором и иглой длиной 15 мм, ватные шарики; 70%-ный этиловый спирт, лоток для отработанного материала, емкости с дезинфицирующим раствором.

Область внутрикожной инъекции — средняя треть внутренней поверхности предплечья, наружная поверхность плеча.

Последовательность действий

После набора лекарственных средств в шприц медицинская сестра остается в перчатках и маске.

1. Смочить 2 ватных шарика спиртом.
2. Обработать место инъекции последовательно двумя шариками со спиртом, делая движения в одном направлении, вначале большую площадь, затем непосредственно место инъекции; шарики поместить в лоток для отработанного материала.
3. Подождать, пока кожа высохнет.
4. Натянуть кожу в области инъекции, взяв левой рукой предплечье пациента с наружной стороны.
5. Взять шприц в правую руку, расположив его параллельно коже в области инъекции и ввести в кожу конец иглы срезом вверх так, чтобы скрылся только ее просвет.
6. Левую руку перенести на поршень шприца и, надавливая на него, ввести лекарственное вещество (0,1 мл).
7. Извлечь иглу (шарик со спиртом не прикладывается).
8. Положить шприц в лоток для отработанного материала.
9. Провести дезинфекцию шприца, иглы, шариков.

Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.

Осложнения: аллергическая реакция.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 67. **«РАСЧЕТ ДОЗЫ ИНСУЛИНА»**

Цель: введение нужной дозы инсулина шприцами различного объема.

Обоснование: каждый шприц имеет свою цену деления, следовательно, необходимо выяснить, какую дозу инсулина можно с точностью набрать в шприц определенного объема.

Гормон инсулина выпускается в стандартных упаковках и дозируется в биологических единицах действия, которые обозначаются как ед. Если же произвести расчеты, получится, что в 1 мл раствора может содержаться 40 единиц действия, 80 единиц действия, 100 единиц действия лекарственного вещества.

Последовательность действий

1. Введение инсулина лучше проводить при помощи специального инсулинового шприца, на котором указаны деления в ед. При использовании стандартных шприцов необходимо тщательно просчитать, сколько единиц гормона входит в каждое деление
2. Нужно ориентироваться, что в 1 мл содержится 40 ед, исходя из этого необходимо данный показатель разделить на количество делений.

Если шприц предназначен для концентрации U40, на разметке, где обычно указывается 0.5 мл, находится показатель 20 ед. на уровне 1 мл указывается 40 ед.

Шприц U100 имеет показатель 100 ед. вместо 1 мл, а 50 ед. на уровне 0.5 мл.

При сахарном диабете важно использовать инсулиновый шприц только нужной концентрации. Для использования инсулина 40 ед./мл следует покупать шприц U40, а для 100 ед./мл нужно применять соответствующий шприц U100. Шприц U40, продающийся сегодня в аптеках, имеет защитный колпачок красного цвета, а U 100 – оранжевого.



3. В случае отсутствия инсулинового шприца, необходимо воспользоваться шприцем другого объема с минимальной ценой деления для более точного расчета заданной дозы.
4. При расчете дозы инсулина концентрацией 40 ед. в 1 мл, исходим из следующих показателей:
 - В 1 мл – 40 ед.
 - В 0,1 мл – 4 ед.
 - В 0,2 мл – 8 ед...
 - В 0,5 мл – 20 ед.
5. При расчете дозы инсулина концентрацией 100 ед. в 1 мл, исходим из следующих показателей:
 - В 1 мл – 100 ед.
 - В 0,1 мл – 10 ед.
 - В 0,2 мл – 20 ед...
 - В 0,5 мл – 50 ед.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 68. **« РАСЧЕТ ДОЗЫ ГЕПАРИНА »**

Цель: введение нужной дозы гепарина шприцами различного объема.

Обоснование: каждый шприц имеет свою цену деления, а следовательно, необходимо выяснить, какую дозу гепарина можно с точностью набрать в шприц определенного объема.

Гепарин выпускается в стандартных упаковках и дозируется в биологических единицах действия, которые обозначаются как ед. В 1 мл раствора содержится 5000 единиц действия лекарственного вещества.

Последовательность действий

1. Для расчета нужной дозы гепарина необходимо воспользоваться шприцем с минимальной ценой деления для более точного расчета заданной дозы.
2. При расчете дозы гепарина исходим из следующих показателей:

В 1 мл – 5000 ед.
В 0,1 мл – 500 ед.
В 0,2 мл – 1000 ед.
В 0,3 мл – 1500 ед.
В 0,4 мл – 2000 ед.
В 0,5 мл – 2500 ед.
В 0,6 мл – 3000 ед.
В 0,7 мл – 3500 ед.
В 0,8 мл – 4000 ед.
В 0,9 мл – 4500 ед.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 69. **«ТЕХНИКА ПОДКОЖНОЙ ИНЪЕКЦИИ»**

Цель: введение лекарственного раствора подкожно.

Показания: определяет врач.

Противопоказания: определяет врач.

Оснащение: на лотке: шприц с лекарственным раствором и иглой длиной 20–30 мм, ватные шарики; 70%-ный этиловый спирт, лоток для отработанного материала, емкости с дезинфицирующим раствором.

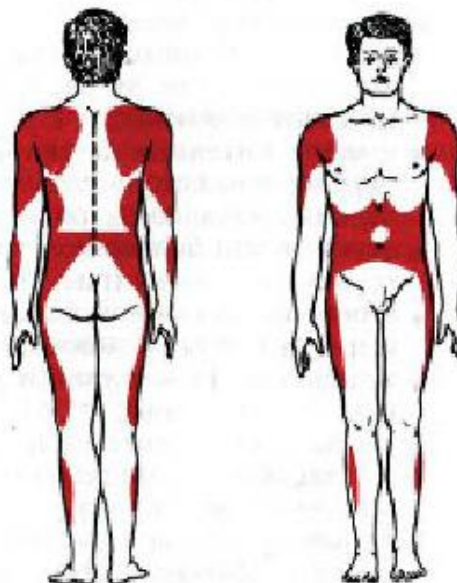
Области подкожной инъекции — средняя треть наружной поверхности плеча, переднебоковая поверхность бедра, подлопаточная область и боковая поверхность брюшной стенки.



Последовательность действий

После набора лекарственных растворов в шприц медицинская сестра остается в перчатках и маске.

1. Смочить 3 ватных шарика спиртом, взять в левую руку.
2. Определить место инъекции (исключить места уплотнения).
3. Обработать кожу в области инъекции последовательно двумя шариками, смоченными спиртом, вначале большую площадь, затем непосредственно место инъекции.
4. Положить использованные шарики в лоток для отработанного материала.
5. Взять шприц в правую руку, расположив второй палец на канюле иглы, пятым придерживая поршень, остальные на цилиндре.
- 6.левой рукой большим и указательным пальцами взять кожу в складку.
7. Ввести иглу срезом вверх в основание кожной складки под углом 40–45° на 2/3 ее длины, указательным пальцем придерживать канюлю иглы.
8. Перенести левую руку на поршень и, надавливая на него, медленно ввести лекарственное средство.
9. Прижать третий шарик со спиртом к месту введения иглы и извлечь ее, придерживая за канюлю.
10. Помассировать место инъекции, не отнимая шарика от кожи.
11. Поместить шарик и шприц в лоток для отработанного материала.
12. Провести дезинфекцию шприца, иглы, шариков.
13. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.



Осложнения: аллергическая реакция, инфильтрат, абсцесс, гематома.

МАНИПУЛЯЦИЯ № 70. **«ТЕХНИКА ВНУТРИМЫШЕЧНОЙ ИНЪЕКЦИИ»**

Цель: введение лекарственного раствора в мышцу.

Показания: определяет врач.

Противопоказания: определяет врач.

Оснащение: на лотке: шприц с лекарственным раствором и иглой 40 мм, ватные шарики; 70%-ный этиловый спирт, лоток для отработанного материала, емкости с дезинфицирующим раствором.

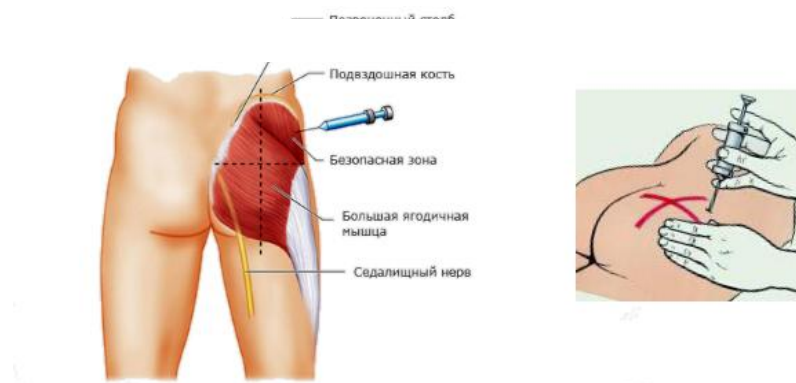
Область инъекций — верхненаружный квадрат ягодицы, верхняя треть наружной поверхности плеча, переднебоковая поверхность бедра.

Последовательность действий

После набора лекарственного раствора медицинская сестра остается в перчатках и маске.

1. Попросить пациента занять положение «лежа».
2. Определить место инъекции (исключить места уплотнения).
3. Обработать кожу в месте инъекции последовательно двумя ватными шариками, смоченными спиртом, делая движения в одном направлении, сначала большую поверхность, затем непосредственно место инъекции.
4. Убрать шарики в лоток для отработанного материала.
5. Взять шприц в правую руку, расположив пятый палец на канюле иглы, вторым фиксируя поршень, остальные на цилиндре (игла обращена вниз).
6. Натянуть большим и указательным пальцами левой руки кожу в месте инъекции.
7. Ввести иглу под прямым углом перпендикулярно коже достаточно глубоко, чтобы она прошла кожно-жировой слой и вошла в мышцу, оставив 2–3 мм ее над кожей.
8. Перенести левую руку на поршень и медленно ввести лекарство (если вводится масляный раствор, то предварительно потянуть поршень на себя и убедиться, что в шприц не попала кровь).
9. Прижать шарик, смоченный спиртом, к месту введения иглы и извлечь иглу.
10. Сделать, не отнимая шарика от кожи, легкий массаж места инъекции.
11. Убрать шарик и шприц в лоток для отработанного материала.
12. Провести дезинфекции шприца, иглы, шариков.

Осложнения: аллергическая реакция, инфильтрат, абсцесс, гематома, повреждение нервного ствола.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 71. **« НАЛОЖЕНИЕ ВЕНОЗНОГО ЖГУТА»**

Цель: подготовка к венепункции, наполнение вены кровью.

Показания: проведение венепункции.

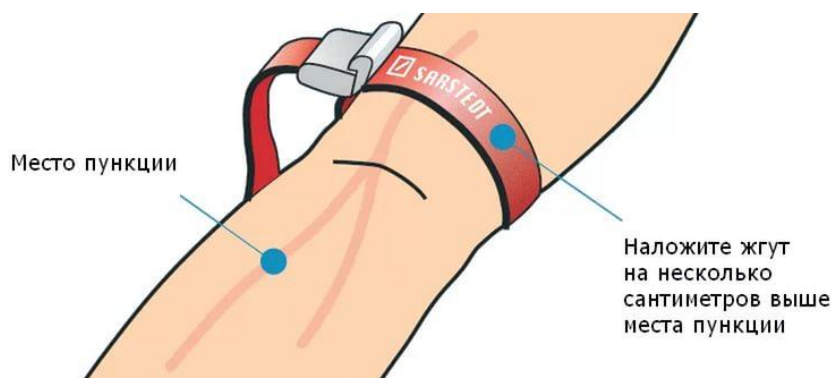
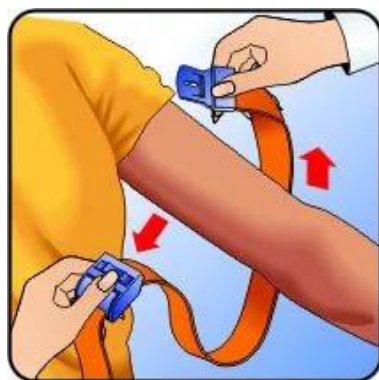
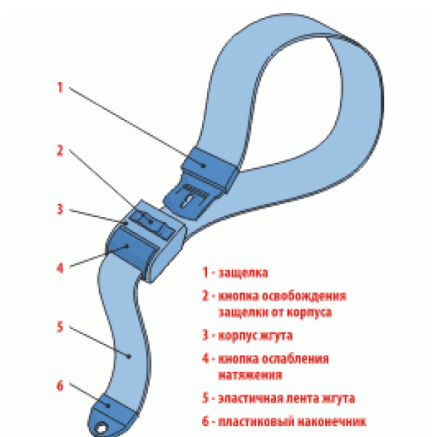
Оснащение: жгут венозный, хлопчатобумажная салфетка.

Правила наложения жгута:

1. Накладывать жгут выше места инъекции на 5–10 см.
2. Накладывать жгут на салфетку.
3. При наложении жгута пульс не должен пропадать (если пульсация отсутствует – значит пережата не только вена, но и артерия). Необходимо ослабить жгут.
4. Жгут накладывают непосредственно перед самой инъекцией.

Последовательность действий:

1. Наложить салфетку на плечо пациента, не закрывая локтевую ямку.
2. Взять жгут, подвести его под плечо на 5 см выше локтевой ямки.
3. Растянуть жгут за концы и завести один за другой таким образом, чтобы получилась петля внизу, а концы жгута – сверху.
4. При развязывании жгута необходимо потянуть за тот конец, из которого образовалась петля.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 72.
«ВЗЯТИЕ КРОВИ ИЗ ВЕНЫ НА
БИОХИМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, СПИД И СИФИЛИС»

Цель: диагностическая.

Показания: определяет врач.

Оснащение: лоток с ватными шариками, салфетками, шприцем объемом 10 мл с иглой; стерильная пробирка, стерильная пробирка с пробкой, резиновый жгут, валик, 70%-ный этиловый спирт, направления в лабораторию, в т.ч. ф. 264у/88, аптечная резинка, контейнер для доставки крови, 2 полотенца, резиновые перчатки, маска, лоток для отработанного материала, емкости с дезинфицирующим раствором.



Последовательность действий

1. Накануне вечером предупредить пациента о том, что кровь берут натощак.
2. Уложить или усадить пациента в удобное положение.
3. Вымыть руки, надеть маску, перчатки.
4. Уложить руку пациента на стол, под локоть положить валик.
5. Наложить резиновый жгут на среднюю треть плеча, подложив под него салфетку (свободные концы жгута направлены в сторону, противоположную области инъекции).
6. Попросить пациента сжимать и разжимать кулак для лучшего наполнения вен кровью и зафиксировать его в сжатом положении.
7. Собрать шприц.
8. Определить наиболее «наполненную» вену в области ямки локтевого сгиба.
9. Двукратно обработать место пункции стерильными шариками, смоченными спиртом, и сбросить их в лоток для отработанного материала.
10. Пункцировать вену так же, как при внутривенной инъекции.
11. Набрать необходимое количество крови в шприц, попросить больного разжать кулак, снять жгут.
12. Положить на место пункции марлевый шарик, смоченный спиртом, извлечь иглу и предложить больному согнуть руку в локте на 5 мин.
13. Осторожно по стеночке выпустить кровь в пробирку (при взятии анализа на СПИД или сифилис пробирку закрыть пробкой).
14. Прикрепить к пробирке резинкой направление, поместить ее в контейнер для транспортировки в лабораторию.
15. Через 5 мин, убедившись, что кровотечение прекратилось, убрать шарик, сбросить его в лоток для отработанного материала.
16. Провести дезинфекцию шприцев, валика, жгута, шариков.
17. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.
18. Взятие крови для анализа на СПИД или сифилис зарегистрировать в журнале по ф.264у/88.

Примечание: оформление направления крови для анализа проводится по форме 264у/88, где указываются: диагноз; регистрационный номер; номер истории болезни; отделение, палата; ФИО пациента полностью; пол, возраст; домашний адрес, место работы; код заболевания; дата забора крови и доставки ее в лабораторию; фамилия лица, забравшего кровь.

МАНИПУЛЯЦИЯ № 73.

«ТЕХНИКА ВНУТРИВЕННОЙ ИНЪЕКЦИИ»

Цель: введение лекарственного раствора внутривенно.

Показания: определяет врач.

Противопоказания: определяет врач.

Оснащение: на лотке: шприц с лекарственным раствором 20 мл, иглы 40 мм, ватные шарики, салфетка; резиновый жгут, валик, 70%-ный этиловый спирт, лоток для отработанного материала, емкости с дезинфицирующим раствором.

Область инъекции — места проявления вен: ямки локтевого сгиба, наружная поверхность кисти.

Последовательность действий

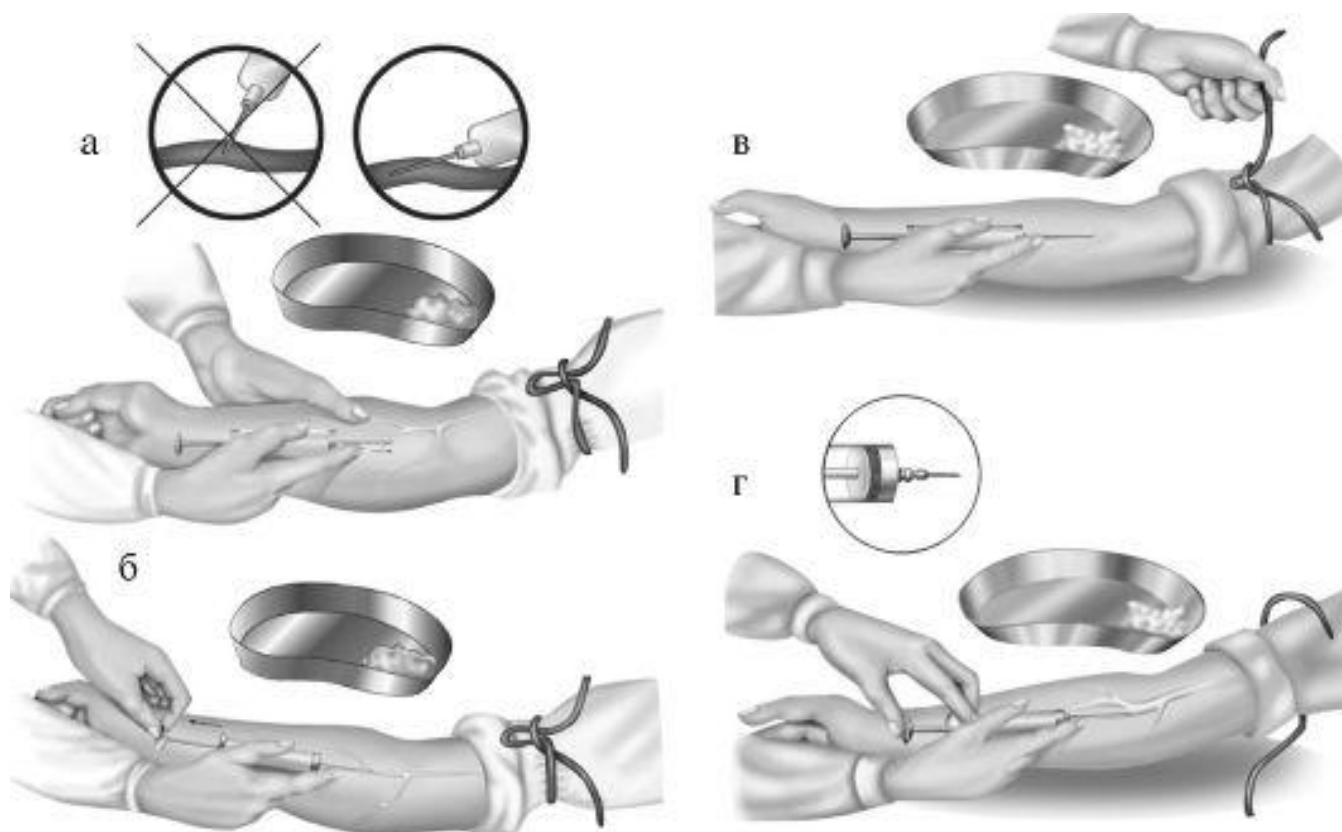
После набора лекарственного раствора медицинская сестра остается в перчатках и маске.

1. Удобно усадить или уложить пациента.
2. Уложить руку пациента на стол.
3. Положить под локоть пациента валик.
4. Наложить на среднюю треть плеча резиновый жгут, подложив под него салфетку, свободные концы жгута должны быть направлены в сторону, противоположную месту инъекции.
5. Попросить пациента несколько раз сжимать и разжимать кулак для лучшего наполнения вен кровью, зафиксировать его в сжатом положении.
6. Определить место инъекции (хорошо наполнившуюся вену в области ямки локтевого сгиба).
7. Взять два шарика, смоченных спиртом, и обработать ими последовательно место инъекции, вначале большую поверхность, затем непосредственно место пункции; шарики поместить в лоток для отработанного материала.
8. Взять шприц в правую руку, расположив второй палец на канюле иглы, пятый на поршне, остальные на цилиндре, иглу держать срезом вверх.
9. Фиксировать большим пальцем левой руки вену, оттянув на себя мягкие ткани примерно в 5 см ниже точки инъекции и, не меняя положения шприца в руке, держа иглу срезом вверх, почти параллельно коже проколоть кожу, затем осторожно пунктировать вену, пока не появится ощущение «пустоты».
10. Проверить попадание иглы в вену, потянув поршень на себя (в шприце должна появиться кровь).
11. Развязать жгут левой рукой, попросить пациента разжать кулак.
12. Надавливая на поршень левой рукой, медленно вводить лекарство, оставив в шприце 0,2–0,5 мл.
13. Взять шарик, смоченный спиртом, и прижать его к месту инъекции, извлечь иглу, попросить пациента согнуть руку в локте.



14. Положить шприц в лоток для отработанного материала.
15. Проверить место инъекции, при отсутствии крови убрать шарик в лоток для отработанного материала.
16. Провести дезинфекцию жгута, валика, шприца, иглы, шариков.
17. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.

Осложнения: аллергическая реакция, гематома, воздушная эмболия, флебит, тромбофлебит, сепсис, некроз ткани в области инъекции.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 74.
«ЗАПОЛНЕНИЕ ОДНОРАЗОВОЙ СИСТЕМЫ
ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО КАПЕЛЬНОГО ВЛИВАНИЯ»

Цель: подготовка одноразовой системы для внутривенного капельного вливания.

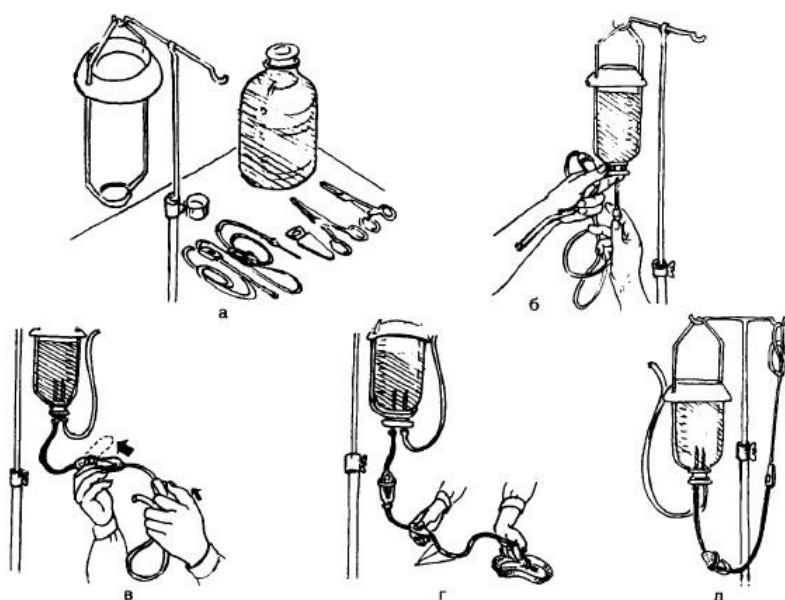
Показания: определяет врач.

Оснащение: пинцет в крафт-пакете, лоток, резиновые перчатки, маска, салфетки, ватные шарики, одноразовая система; штатив для системы, флакон с лекарственным раствором, ножницы или нестерильный пинцет, зажим, 70%-ный этиловый спирт, лейкопластырь, аптечная резинка.

Последовательность действий

1. Проверить герметичность упаковочного пакета и срок годности системы.
2. Проверить срок годности, название, концентрацию лекарственного раствора, сверить с назначением врача.
3. Вымыть руки, обработать спиртом, надеть маску, перчатки.
4. Вскрыть центральную часть металлической крышки флакона с лекарственным веществом нестерильным пинцетом и обработать резиновую пробку флакона ватным шариком, смоченным спиртом; поставить дату вскрытия на флаконе.
5. Вскрыть одноразовую систему, извлечь из пакета стерильным пинцетом и выложить ее на стерильный лоток, пинцет поместить в крафт-пакет.
6. Снять защитный колпачок с иглы воздуховода (короткая игла с короткой трубкой, закрытой фильтром) и ввести иглу до упора в пробку флакона.
7. Закрепить свободный конец воздуховода на флаконе с лекарством аптечной резинкой.
8. Закрыть винтовой зажим, снять колпачок на коротком конце системы флакона.
9. Перевернуть флакон верх дном и закрепить его на штативе.
10. Повернуть капельницу в горизонтальное положение, открыть зажим, заполнить систему до половины объема.
11. Закрыть зажим и вернуть капельницу в вертикальное положение (опустить конец системы вниз).
12. Открыть зажим и медленно заполнить трубку системы раствором до полного вытеснения воздуха.
13. Закрыть зажим, убедиться в отсутствии пузырьков воздуха в системе.
14. Присоединить иглу для инъекции, закрытую колпачком, к системе.
15. Приготовить две полоски узкого лейкопластыря 4–5 см x 0,5 см, стерильные ватные шарики, стерильную салфетку.

Примечание: герметичность упаковочного пакета системы проверить, сжав пакет ладонями, — герметичный пакет не теряет упругости.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 75.
«ТЕХНИКА ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРИВЕННОГО
КАПЕЛЬНОГО ВЛИВАНИЯ»

Цель: введение лекарственного раствора.

Показания: определяет врач.

Противопоказания: определяет врач.

Оснащение: лоток, шарики (4–5), салфетка; заполненная одноразовая система, 70%-ный этиловый спирт, резиновый жгут, валик, 2 полоски лейкопластыря, лоток для отработанного материала, емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

После заполнения системы медицинская сестра остается в перчатках и маске.

1. Психологически подготовить пациента к проведению процедуры, объяснив цель и порядок ее проведения.
2. Уложить пациента в удобное положение, его рука должна лежать без напряжения вдоль туловища, под локоть подложить валик.
3. Наложить на нижнюю треть плеча, на салфетку резиновый жгут (свободные концы его должны быть направлены в сторону, противоположную области инъекции).
4. Попросить пациента сжимать и разжимать пальцы в кулак для наполнения вен кровью и оставить его в сжатом состоянии.
5. Нащупать наполнившуюся вену в области локтевого сгиба.
6. Обработать последовательно двумя шариками, смоченными спиртом, область ямки локтевого сгиба — сначала большую поверхность, затем непосредственно место инъекции.
7. Обработать перчатки спиртом.
8. Снять колпачок с иглы на системе, открыть зажим на системе и пропустить несколько капель раствора через иглу (это свидетельствует о полном вытеснении воздуха из системы), закрыть зажим.
9. Фиксируя вену, пунктировать ее, как обычно при венепункции (до появления крови в просвете иглы).
10. Снять жгут, попросить больного разжать кулак, открыть зажим на системе.
11. Отрегулировать скорость поступления раствора винтовым зажимом (контролем служит число капель в минуту).
12. Проверить участок вокруг места пунктирования: убедиться в отсутствии вздутия, свидетельствующего о попадании раствора под кожу.
13. Закрепить иглу лейкопластырем на руке больного, прикрыть стерильной салфеткой.



14. Следить за тем, чтобы скорость введения лекарственного раствора оставалась постоянной.
15. Наблюдать за состоянием и самочувствием пациента во время процедуры.
16. Прекратить введение раствора в тот момент, когда во флаконе еще есть некоторое количество жидкости.
17. По окончании манипуляции закрыть зажим на системе, удалить иглу из вены, приложить шарик, смоченный спиртом, на место инъекции, согнуть руку пациента в локте.
18. Проверить место инъекции: при отсутствии крови убрать шарик в лоток для отработанного материала.
19. Провести дезинфекцию использованного медицинского инструментария и материала.
20. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.

Осложнения: аллергическая реакция, гематома, воздушная эмболия, флебит, тромбофлебит, сепсис, некроз ткани в области инъекции.

Примечание:

- 1) скорость введения лекарственного вещества определяет врач;
- 2) при появлении вздутия кожи на участке пункции необходимо прекратить внутривенное введение и повторить пункцию в другую вену, используя новую стерильную иглу.



МАНИПУЛЯЦИЯ №76.

«ВВЕДЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ВЕНОЗНОГО КАТЕТЕРА»

Цель: необходимость длительных вливаний лекарственных средств, при неотложных состояниях, с целью парентерального питания, проведение массивной инфузионной терапии.

Оснащение: стерильный лоток, лоток для мусора, шприц с 10 мл гепаринизированного раствора (1:100), стерильные ватные шарики и салфетки, лейкопластырь или клеящая повязка, кожный антисептик, периферические внутривенные катетеры нескольких размеров, переходник или соединительная трубка или обтуратор, жгут, стерильные перчатки, ножницы, лангета, бинт средней ширины, 3%-ный раствор перекиси водорода.



Последовательность действий

1. Вымойте руки.
2. Соберите стандартный набор для катетеризации вены.
3. Проверьте целостность упаковки и сроки хранения оборудования.
4. Убедитесь, что перед вами больной, которому назначена катетеризация вены.
5. Обеспечьте хорошее освещение, помогите пациенту принять удобное положение.
6. Разъясните пациенту суть предстоящей процедуры, создайте атмосферу доверия, предоставьте ему возможность задать вопросы, определите предпочтения пациента в отношении места постановки катетера.
7. Приготовьте контейнер для утилизации острых предметов.
8. Выберите место предполагаемой катетеризации вены: наложите жгут на 10–15 см выше предполагаемой зоны катетеризации; попросите пациента сжимать и разжимать пальцы кисти руки для улучшения наполнения вен кровью; выберите вену путем пальпации, принимая во внимание характеристики инфузата, снимите жгут.
9. Подберите наименьший катетер, учитывая размер вены, необходимую скорость введения, график проведения внутривенной терапии, вязкость инфузата.
10. Обработайте руки антисептиком и наденьте перчатки.
11. Повторно наложите жгут на 10–15 см выше выбранной зоны.
12. В течение 30–60 сек. обработайте место катетеризации кожным антисептиком, дайте ему высохнуть. **Не касайтесь обработанной зоны!**
13. Зафиксируйте вену, прижав ее пальцем ниже предполагаемого места введения катетера.
14. Возьмите катетер выбранного диаметра и снимите защитный чехол. Если на чехле расположена дополнительная заглушка, чехол не выбрасывайте, а держите его между пальцами свободной руки.
15. Введите катетер на игле под углом 15° к коже, наблюдая за появлением крови в индикаторной камере.

16. При появлении крови в индикаторной камере уменьшите угол наклона иглы стилета и на несколько миллиметров введите иглу в вену.
17. Зафиксируйте иглу-стиллет, а канюлю медленно до конца сдвигайте с иглы в вену (игла-стиллет полностью из катетера пока не удаляется).
18. Снимите жгут. Не допускайте введения иглы-стиллета в катетер после смещения его в вену!
19. Пережмите вену для снижения кровотечения и окончательно удалите иглу из катетера, утилизируйте иглу с учетом правил безопасности.
20. Снимите заглушку с защитного чехла и закройте катетер или присоедините инфузионную систему.
21. Зафиксируйте катетер с помощью фиксирующей повязки.
22. Зарегистрируйте процедуру катетеризации вены согласно требованиям лечебного учреждения.
23. Утилизируйте отходы в соответствии с правилами техники безопасности и санитарно-эпидемиологического режима.



МАНИПУЛЯЦИЯ №77. «СБОР МОЧИ НА ОБЩИЙ АНАЛИЗ»

Цель: диагностическая.

Показания: назначение врача.

Оснащение: бланк направления, чистая сухая стеклянная посуда на 200–250 мл, резиновые перчатки, емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

1. Оформить направление.
2. Вымыть руки, надеть перчатки.
3. Утром после сна подмыть пациента.
4. Попросить пациента помочиться и собрать в посуду 100–150 мл мочи из средней порции струи, прикрепить к посуде направление, поместить в контейнер для транспортировки в лабораторию.
5. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.
6. Не позднее чем через 1 ч отправить мочу в клиническую лабораторию.

Примечание: у женщин в период менструации перед сбором мочи тампонируют влагалище.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 78. **«СБОР МОЧИ ПО НЕЧИПОРЕНКО»**

Цель: количественное определение содержания форменных элементов в моче (лейкоцитов, эритроцитов, цилиндров).

Показания: заболевание почек.

Противопоказания: нет.

Оснащение: бланк направления, чистая сухая стеклянная посуда на 200–250 мл с крышкой, резиновые перчатки, емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

1. Оформить направление.
2. Вымыть руки, надеть перчатки.
3. Утром после сна подмыть пациента.
4. Попросить пациента помочиться и собрать в посуду (200–250 мл) 10 мл из средней порции струи мочи, прикрепить к посуде направление.
5. Поставить посуду в контейнер для транспортировки в лабораторию.
6. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.
7. Доставить мочу в клиническую лабораторию не позднее 1 ч после сбора.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 79.
«ПРОВЕДЕНИЕ ПРОБЫ ЗИМНИЦКОГО»

Цель: исследование функционального состояния почек.

Показания: заболевания почек.

Противопоказания: нет.

Оснащение: бланк учета пробы Зимницкого, 9 чистых сухих банок с этикетками, где указано: порядковый номер, ФИО больного, № палаты, промежуток времени, за который собирают мочу, мерный цилиндр, урометр, весы.

Последовательность действий

1. Накануне объяснить пациенту порядок проведения пробы.
2. Во время проведения пробы попросить пациента учитывать количество выпитой жидкости.
3. Взвесить пациента утром натощак в день проведения пробы и на следующий день.
4. В день исследования в 6 час утра пациент опорожняет мочевой пузырь в унитаз, а затем в течение суток собирает мочу последовательно в соответствующую банку:

№ 1 — с 6:00 до 9:00;

№ 2 — с 9:00 до 12:00;

№ 3 — с 12:00 до 15:00;

№ 4 — с 15:00 до 18:00;

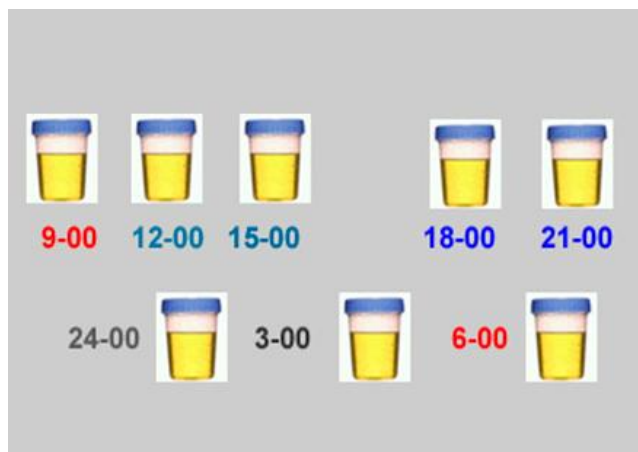
№ 5 — с 18:00 до 21:00;

№ 6 — с 21:00 до 24:00;

№ 7 — с 24:00 до 3:00;

№ 8 — с 3:00 до 6:00;

№ 9 — запасная.



5. Ночью пациента следует разбудить, если мочи нет — банка остается пустой, если объем мочи одной порции превышает объем банки, используется запасная банка.
6. Утром следующего дня надеть резиновые перчатки, определить объем, плотность каждой 3-часовой порции мочи:
 - вылить мочу из банки в мерный цилиндр и определить объем;
 - погрузить урометр в мочу, определить ее удельный вес (плотность) по нижнему уровню мениска поверхности мочи против шкалы деления урометра.
7. Полученные данные записать в бланке.
8. Подсчитать дневной, ночной и суточный диурез.

Примечание:

1) в норме удельный вес равен $10^{12}-10^{25}$;

2) дневной диурез приблизительно в 2 раза больше ночного.

МАНИПУЛЯЦИЯ № 80.
«СБОР МОЧИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ САХАРА»

Цель: определение содержания сахара в моче.

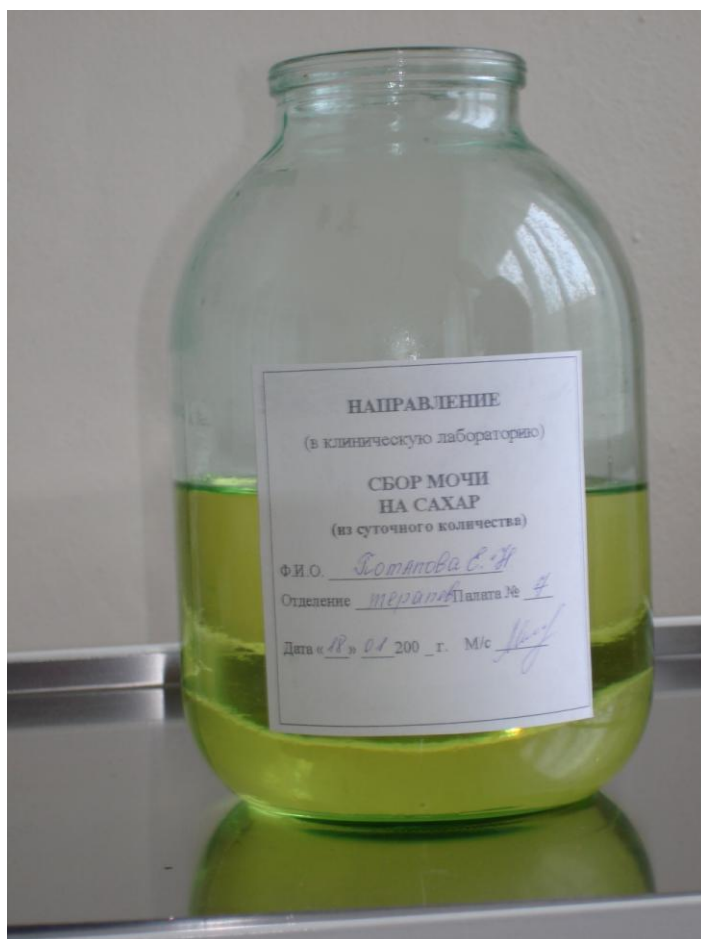
Показания: сахарный диабет.

Противопоказания: нет.

Оснащение: бланк направления, чистая сухая градуированная трехлитровая банка, флакон на 250 мл, стеклянная палочка длиной 30–40 см, резиновые перчатки, емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

1. Оформить направление.
2. Попросить пациента опорожнить мочевого пузыря в 8:00 утра в унитаз.
3. Дать пациенту трехлитровую банку и попросить собирать в нее всю мочу до 8:00 утра следующих суток (трехлитровая банка должна находиться в специально отведенном месте).
4. Надеть перчатки.
5. По истечении суток определить количество мочи в банке, собранное за сутки, указать его в направлении.
6. Размешать стеклянной палочкой всю собранную мочу в трехлитровой банке.
7. Отлить во флакон 100–150 мл мочи, прикрепить направление, поставить флакон в контейнер для транспортировки в лабораторию.
8. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.
9. Доставить мочу в клиническую лабораторию.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 81.

«СБОР МОЧИ ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ»

Цель: определение возбудителя.

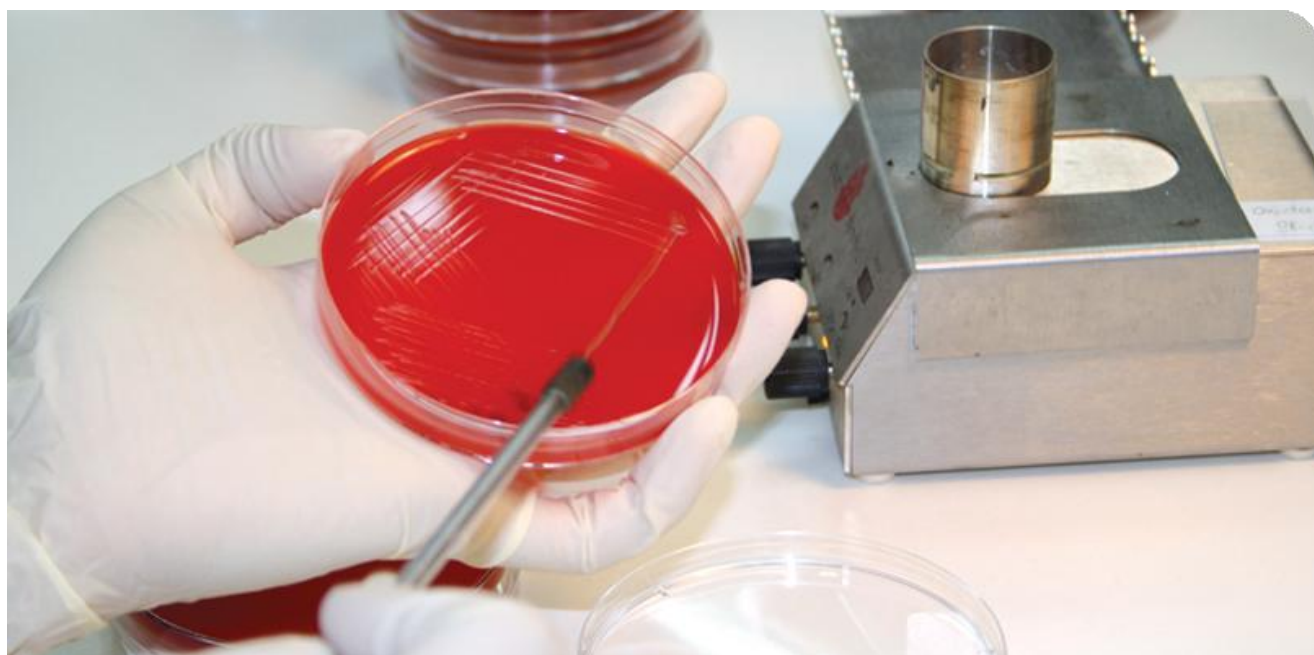
Показания: заболевания органов мочевыделительной системы.

Противопоказания: нет.

Оснащение: бланк направления, стерильная пробирка с ватно-марлевой пробкой, резиновые перчатки, спиртовка, спички, асептический раствор, салфетки, пинцет, судно, лоток, емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

1. Оформить направление.
2. Надеть перчатки.
3. Подмыть пациента кипяченой водой, асептическим раствором: слабым раствором перманганата калия или фурацилином.
4. Зажечь спиртовку.
5. Взять пробирку в руки, извлечь пробку из пробирки, не касаясь ее внутренней поверхностью наружных краев пробирки.
6. Собрать 10–15 мл из средней порции струи мочи в пробирку (1/3 объема пробирки).
7. Обжечь края пробирки над пламенем спиртовки.
8. Закрыть пробирку пробкой, прикрепить направление, поместить ее в штатив для транспортировки в лабораторию.
9. Погасить спиртовку.
10. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.
11. Доставить мочу с направлением в бактериологическую лабораторию.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 82.

«ВЗЯТИЕ КАЛА НА ОБЩИЙ АНАЛИЗ (КОПРОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, ИССЛЕДОВАНИЕ НА ЯЙЦА ГЕЛЬМИНТОВ И ПРОСТЕЙШИЕ)»

Цель: диагностическая.

Показания: заболевания желудочно-кишечного тракта, профилактические осмотры.

Оснащение: бланк направления, чистый сухой стеклянный флакон с пробкой, лучина, судно, резиновые перчатки, емкости с дезинфицирующими растворами.

Последовательность действий

1. Оформить направление.
2. Попросить пациента опорожнить кишечник в судно.
3. Надеть перчатки.
4. Взять лучиной кал из трех разных мест, включая слизь, кровь.
5. Поместить кал в приготовленный флакон, не касаясь его краев.
6. Погрузить лучину в емкость с дезинфицирующим раствором.
7. Закрыть флакон пробкой, прикрепить направление, поместить в контейнер для транспортировки в лабораторию.
8. Снять перчатки, погрузить в другую емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.
9. Доставить собранный материал в клиническую лабораторию не позднее 1 ч после сбора.

Примечание:

- 1) после приема противоглистных средств исследование на яйца гельминтов можно проводить не раньше чем через 3 дня;
- 2) кал на простейшие необходимо доставить в лабораторию в теплом виде в течение 15–20 мин после взятия.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 83.

«ВЗЯТИЕ КАЛА ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ НА СКРЫТУЮ КРОВЬ»

Цель: выявление внутреннего кровотечения желудочно-кишечного тракта.

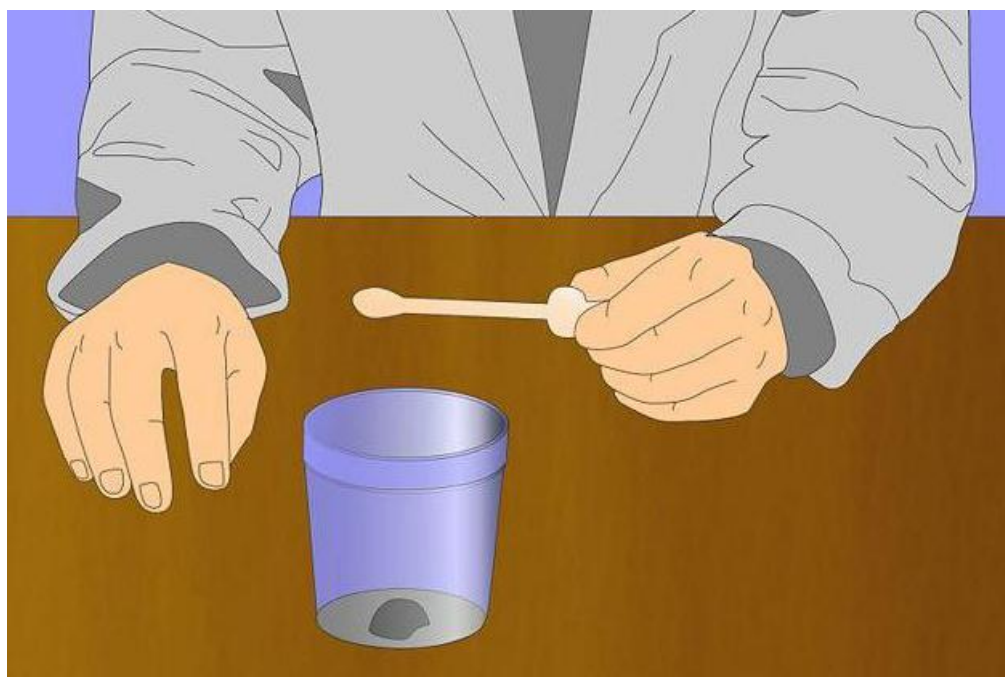
Показания: заболевания желудочно-кишечного тракта.

Противопоказания: наличие у пациента носового и геморроидального кровотечения.

Оснащение: бланк направления, чистый сухой стеклянный флакон с пробкой, лучина, резиновые перчатки, судно, емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

1. Проинструктировать пациента, что в течение трех дней до исследования он должен:
 - соблюдать диету, исключая железосодержащие продукты: мясо, рыбу, помидоры, яйца, все зеленые овощи, печень, икру, гречневую кашу;
 - прекратить прием препаратов железа;
 - не чистить зубы зубной щеткой.
2. В день исследования подготовить посуду и оформить направление.
3. Надеть перчатки.
4. Попросить больного опорожнить кишечник в судно.
5. Взять лучиной кал из трех мест (10–20 г) и поместить его во флакон, не касаясь его краев.
6. Погрузить лучину в емкость с дезинфицирующим раствором.
7. Закрыть флакон крышкой, прикрепить направление, поместить в контейнер для транспортировки в лабораторию.
8. Снять перчатки, поместить в другую емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.
9. Доставить собранный материал в клиническую лабораторию.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 84.
«СБОР МОКРОТЫ НА ОБЩИЙ АНАЛИЗ»

Цель: диагностическая.

Показания: заболевания бронхолегочной системы.

Противопоказания: нет.

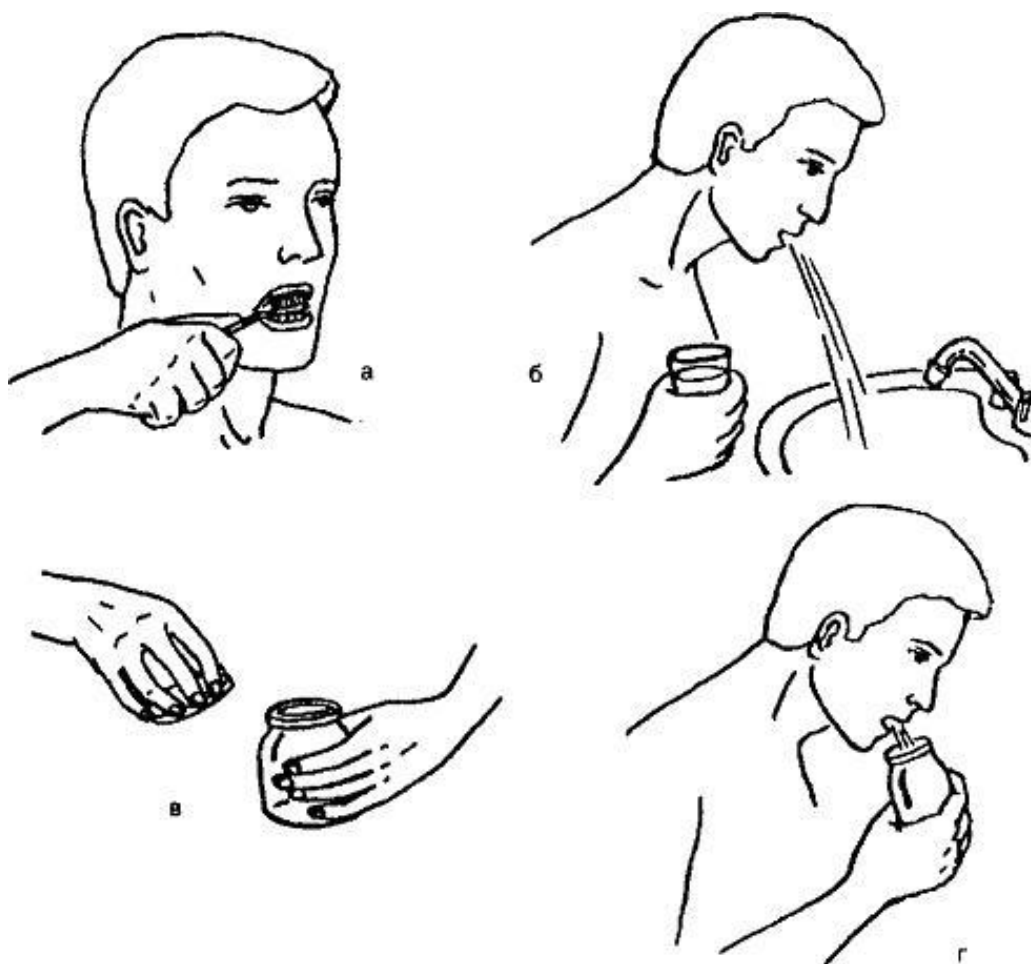
Оснащение: бланк направления, аптечная резинка, резиновые перчатки, банка с крышкой из светлого стекла, емкость с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

1. Оформить направление в лабораторию.
2. Прикрепить направление аптечной резинкой к банке.
3. Отдать больному подготовленную емкость.
4. Проинструктировать пациента:
 - утром в 8:00 натошак почистить зубы и тщательно прополоскать рот водой;
 - сделать несколько глубоких вдохов и откашлять мокроту в банку (всего 3–5 мл), закрыть банку крышкой и поместить в специальный контейнер для транспортировки в лабораторию.
5. Доставить собранный материал в клиническую лабораторию.

Примечание: если у пациента повышенная кровоточивость десен, зубы чистить не следует.

Достаточно ограничиться полосканием рта раствором фурацилина, питьевой соды, чистой водой.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 85.

«СБОР МОКРОТЫ АЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА»

Цель: выявление возбудителя туберкулеза (палочка Коха).

Показания: заболевания органов дыхания.

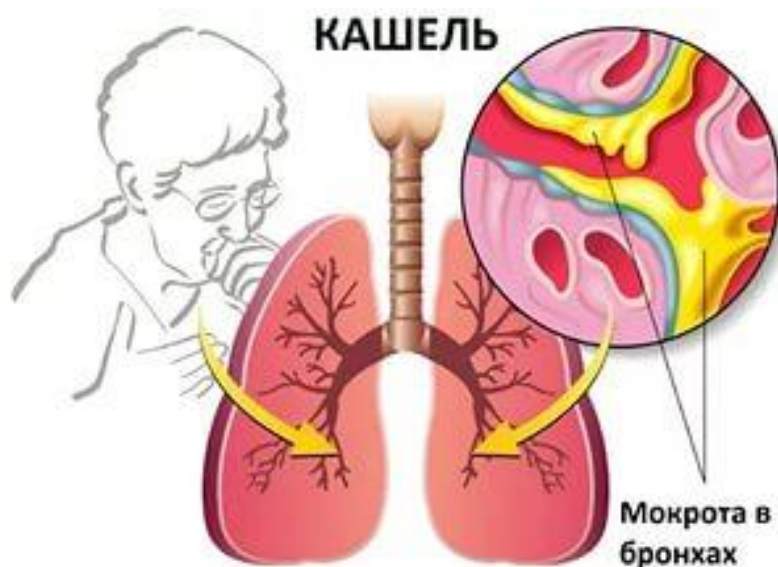
Противопоказания: нет.

Оснащение: бланк направления, стерильная банка с крышкой.

Последовательность действий

1. Оформить направление, прикрепить к банке.
2. Попросить пациента собирать мокроту в течение суток в приготовленную банку и поставить ее в специальный контейнер для транспортировки.
3. Доставить материал с направлением в бактериологическую лабораторию в специальном контейнере.

Примечание: если количество мокроты недостаточное, ее собирают в течение 2–3 дней, при этом хранят в прохладном месте.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 86.

«СБОР МОКРОТЫ ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ»

Цель: выявление возбудителей воспалительных заболеваний дыхательной системы и определение их чувствительности к антибиотикам.

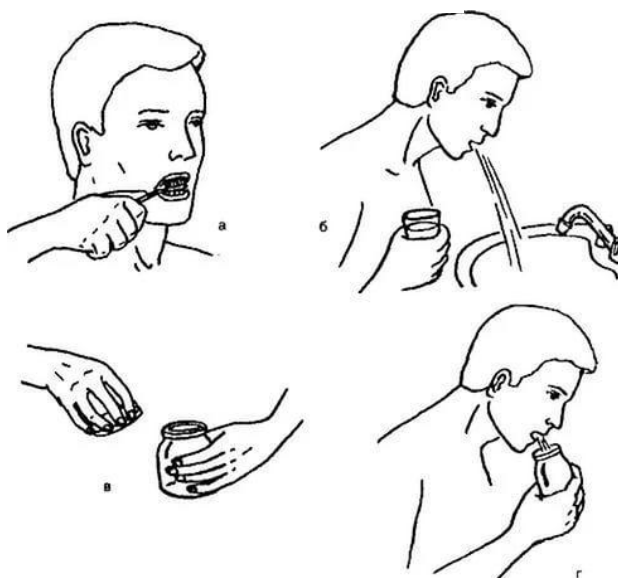
Показания: заболевания органов дыхания.

Противопоказания: нет.

Оснащение: бланк направления, стерильная пробирка с ватным тампоном на металлическом стержне, резиновые перчатки, маска, 0,02%-ный раствор фурацилина, кипяченая вода, спиртовка, спички, емкость с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

1. Оформить направление.
2. Попросить пациента натощак не позднее 8 утра прополоскать рот раствором фурацилина, затем кипяченой водой.
3. Вымыть руки, надеть перчатки, маску.
4. Зажечь спиртовку.
5. Взять пробирку в руки, извлечь из нее стержень с тампоном.
6. Попросить пациента покашлять.
7. Собрать мокроту тампоном с языка, не касаясь слизистой оболочки полости рта.
8. Обжечь края пробирки над пламенем спиртовки.
9. Ввести тампон в пробирку, не касаясь ее краев.
10. Прикрепить направление, поставить в штатив для транспортировки в лабораторию.
11. Погасить спиртовку.
12. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезинфицирующим раствором, вымыть руки.
13. Доставить пробирку в бактериологическую лабораторию в течение 1–1,5 ч после сбора.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 87.
**«ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТА К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМУ
ИССЛЕДОВАНИЮ ЖЕЛУДКА, КИШЕЧНИКА,
МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ»**

Цель: диагностическая.

I. Рентгенологическое исследование желудка и 12-перстной кишки

Показания: заболевания желудка и 12-перстной кишки.

Последовательность действий

1. Проинструктировать пациента о назначенном исследовании, времени, месте его проведения. Не позднее, чем за 3 суток он должен:
 - соблюдать диету, исключая пищу, богатую клетчаткой (картофель, все бобовые, свежее молоко, черный хлеб, свежие овощи, фрукты);
 - накануне поужинать не позднее 18:00;
 - утром, перед исследованием, не принимать пищу, лекарственные препараты, воду, не курить.

II. Рентгенологическое исследование желчного пузыря (пероральная холецистография)

Показания: заболевания желчного пузыря.

Последовательность действий

1. Проинформировать пациента о назначенном исследовании. За 15–17 ч до исследования в течение 1 ч с интервалом в 10 мин дать пациенту 6 таблеток контрастного вещества (йопагност, холевид, билигност и др.).
2. Поужинать накануне исследования пациент должен не позднее 18:00.
3. После ужина сделать пациенту очистительную клизму.
4. Утром, перед исследованием, не принимать пищу, лекарственные препараты, воду, не курить.
5. Обеспечить пациента желчегонным завтраком (2 сырых яйца).



III. Рентгенологическое исследование толстого кишечника (ирригоскопия)

Показания: заболевания толстого кишечника.

Последовательность действий

1. Проинструктировать пациента о назначенной процедуре за 2–3 дня до исследования, он должен:
 - соблюдать диету, исключая пищу, богатую клетчаткой (картофель, все бобовые, свежее молоко, черный хлеб, свежие овощи, фрукты);
 - накануне поужинать не позднее 18:00, выпить 30 г касторового масла;
 - утром, перед исследованием, не принимать пищу, лекарственные препараты, воду, не курить.



2. Вечером и утром сделать по 2 очистительные клизмы с интервалом 1–2 ч.

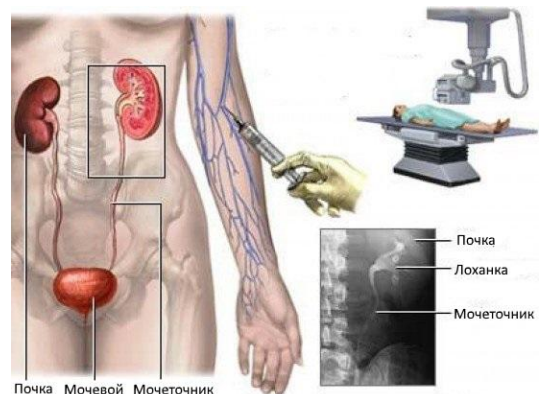
IV. Рентгенологическое исследование почек (внутривенная урография)

Показания: заболевания почек.

Оснащение: контрастное вещество — верографин, урографин; спирт 70%-ный, жгут, стерильные: шарики, шприцы, резиновые перчатки; противошоковый набор.

Последовательность действий

1. Проинструктировать пациента о назначенной процедуре за 2–3 дня до исследования, он должен:
 - соблюдать диету, исключая пищу, богатую клетчаткой (картофель, все бобовые, свежее молоко, черный хлеб, свежие овощи, фрукты);
 - накануне поужинать не позднее 18:00;
 - накануне во второй половине дня ограничить прием жидкости.
2. За один день до исследования провести диагностическую пробу на контрастное вещество.
3. Вечером накануне и утром, за 2 ч до исследования, сделать очистительную клизму.
4. Подготовить и взять с собой в рентгенологический кабинет контрастное вещество — верографин, урографин; спирт 70%-ный, жгут, стерильные: шарики, шприцы, резиновые перчатки; противошоковый набор.
5. Доставить пациента в рентгенологический кабинет.
6. Ввести внутривенно со скоростью 0,3 мл/сек контрастное вещество в присутствии врача.



Осложнения: аллергическая реакция на введение контрастного вещества.

МАНИПУЛЯЦИЯ № 88.

«ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТА К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЯМ»

Цель: диагностическая, лечебная.

I. Исследование пищевода, желудка и 12-перстной кишки (эзофагогастродуоденоскопия)

Показания: заболевания пищевода, желудка, 12-перстной кишки.

Противопоказания: рубцовые изменения пищевода, травматические повреждения пищевода, желудка, 12-перстной кишки.

Последовательность действий

1. Проинструктировать пациента о назначенном исследовании, времени и месте его проведения.
2. Сообщить, что исследование проводится натощак, не следует принимать воду, лекарственные препараты, курить.
3. Пациенту необходимо взять с собой полотенце.
4. Проводить пациента в эндоскопический кабинет.



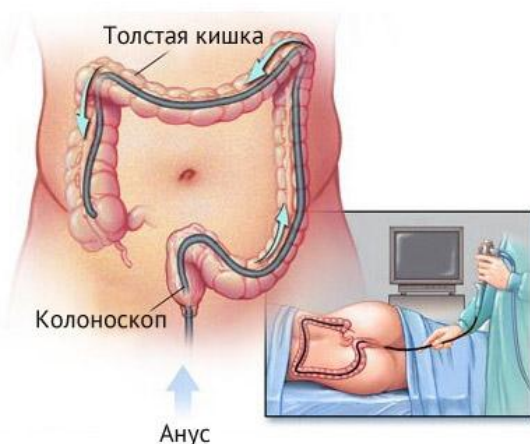
II. Исследование толстой кишки (колоноскопия)

Показания: заболевания толстого кишечника.

Противопоказания: рубцовые изменения прямой кишки, травматические повреждения кишечника.

Последовательность действий

1. Проинструктировать пациента о назначенном исследовании за 3 дня до исследования, он должен соблюдать диету, исключающую пищу, богатую клетчаткой (картофель, все бобовые, свежие овощи, фрукты, свежее молоко, черный хлеб).
2. Накануне дня исследования исключить твердую пищу.
3. Дать слабительные средства за 1 сутки до исследования (магния сульфат 125 мл 25%-ного раствора, касторовое масло 60–80 мл, отвар сенны — 140 мл).
4. Вечером накануне исследования и утром в день исследования провести по 2 очистительные клизмы в среднем объеме 2,5–3 л каждая с интервалом в 1–2 ч, но не позднее 2 ч до исследования.



III. Исследование мочевого пузыря (цистоскопия)

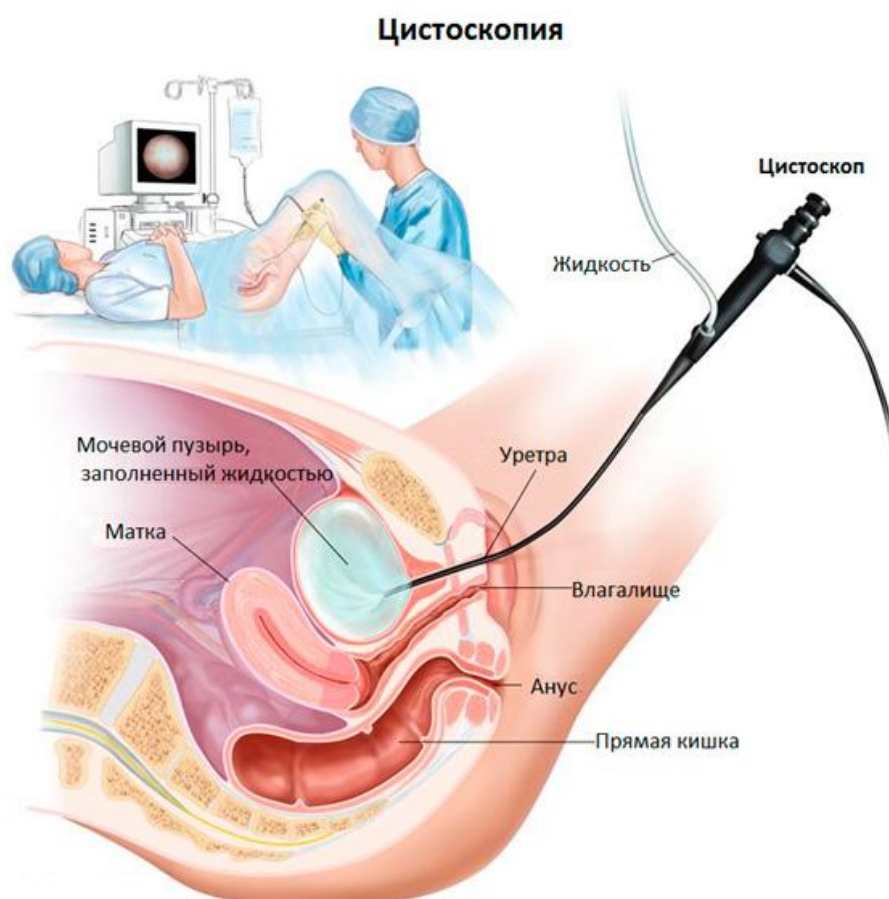
Показания: заболевания мочевого пузыря.

Противопоказания: рубцовые изменения уретры, **травматические** повреждения уретры.

Оснащение: стерильные: цистоскоп, шприц Жане, шприцы, резиновые катетеры, салфетки, полотенце, резиновые перчатки (2 пары), вазелиновое масло или глицерин, пинцет, 2 лотка, марлевые тампоны, маска; клеенка, антисептический раствор, противошоковый набор, емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

1. Предупредить пациента о предстоящем исследовании, месте и времени его проведения.
2. Надеть перчатки.
3. Обработать наружные половые органы пациенту антисептическим раствором.
4. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.
5. Надеть стерильные перчатки.
6. Провести катетеризацию мочевого пузыря.
7. Подать врачу цистоскоп и оптику, присоединить световод.
8. По окончании процедуры провести дезинфекцию инструментов и рабочего места.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 89.
«ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТА К
УЛЬТРАЗВУКОВОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ (УЗИ)»

Цель: диагностическая.

I. УЗИ малого таза, (мочевого пузыря, матки, придатков предстательной железы)

Показания: заболевания органов малого таза.

Противопоказания: нет.

Последовательность действий

1. Предупредить пациента о предстоящем исследовании, времени, месте проведения.
2. За 1–1,5 ч до исследования попросить пациента выпить 1 л жидкости и не мочиться.

II. УЗИ органов брюшной полости (печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, почек)

Показания: заболевания органов брюшной полости.

Противопоказания: нет.

Последовательность действий

1. Предупредить пациента о предстоящем исследовании, времени, месте проведения.
2. За 3 дня до исследования из пищи исключить газообразующие продукты (капусту, бобовые, картофель, свежие фрукты, свежее молоко, черный хлеб).

Примечание: при наличии метеоризма за 3 дня до исследования назначают активированный уголь по 3 таблетки 3 раза в день или отвар ромашки 2 стакана 3 раза в день, «Фестал» (или другие ферментативные препараты) по 1 таблетке 3 раза в день, при запорах накануне вечером делают очистительную клизму.

III. УЗИ сердца, щитовидной железы
(специальной подготовки к УЗИ не требуется).



МАНИПУЛЯЦИЯ № 90.
«ОСВОБОЖДЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ
ОТ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ВЗРОСЛОМУ ПОСТРАДАВШЕМУ»

Цель: освобождение дыхательных путей от инородного тела.

Показания: нарушение дыхания, связанное с частичной и полной обструкцией дыхательных путей.

Противопоказания: биологическая смерть.

Последовательность действий

I. При наличии сознания у пострадавшего

1. При частичной закупорке:

- 1) не следует вмешиваться в попытки пострадавшего при помощи кашля удалить инородное тело;
- 2) не оставлять пациента одного, ободрять его, просить продолжать кашлять.

2. При полной закупорке дыхательных путей пострадавший не может ни разговаривать, ни дышать, ни кашлять.

Характерный жест: рука судорожно обхватывает горло.

Первая задача — немедленно попытаться освободить дыхательные пути, для чего провести «брюшные толчки» (приемы Хеймлиха):

- 1) встать позади пострадавшего;
- 2) обхватить пострадавшего руками вокруг талии;
- 3) сложить пальцы левой кисти в кулак и крепко прижать его к животу пострадавшего в эпигастральной области;
- 4) захватить кулак другой рукой;
- 5) держа локти кнаружи, вдавить кулак в эпигастральную область быстрым толчком вверх;
- 6) повторять толчки до тех пор, пока дыхательные пути не освободятся или пострадавший не потеряет сознание.

Порядок действий при оказании помощи поперхнувшемуся:



II. При отсутствии сознания

1. Уложить пострадавшего на спину и сесть верхом на его колени.
2. Положить ладонь левой руки на эпигастральную область ниже мечевидного отростка грудины.
3. Ладонь правой руки поместить поверх левой (пальцы должны быть направлены к голове пострадавшего).
4. Вытянутыми руками, не сгибая их в локтях, сделать 6–10 быстрых движений толчкообразного характера (каждый толчок должен быть отдельным).
5. Встать с колен пострадавшего и присесть около его головы лицом к пострадавшему.
6. Открыть рот и крепко прижать язык к дну ротовой полости (большой палец — на языке, остальными — со стороны подбородка придерживают нижнюю челюсть).
7. Указательный палец другой руки ввести в рот и вдоль щеки провести его к основанию языка.
8. Согнуть палец крючком, попробовать захватить инородное тело и продвинуть его в ротовую полость.
9. Если инородного тела во рту нет — приступить к искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Если воздух в дыхательные пути пострадавшего не проходит, последовательно повторить действия, направленные на освобождение его дыхательных путей.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 91.
«ИСКУССТВЕННАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ (ИВЛ) "РОТ В РОТ"»

Цель: восстановление спонтанного дыхания.

Показания: остановка дыхания.

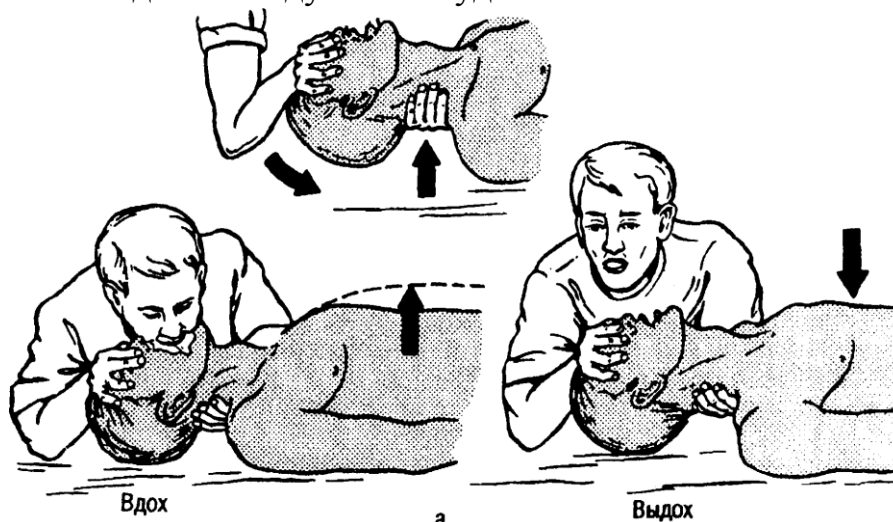
Противопоказания: биологическая смерть и конечная стадия неизлечимого заболевания.

Оснащение: марлевые салфетки (носовой платок или любая другая ткань), резиновые перчатки.

Последовательность действий

1. Надеть перчатки.
2. Уложить пострадавшего на спину на твердую поверхность.
3. Встать сбоку от пострадавшего.
4. Запрокинуть голову пострадавшего назад, положив одну руку под шею, а другой надавливая на лоб (при этом происходит частичное открывание рта).
5. Вывести нижнюю челюсть в «собачий прикус»: ладонями обеих рук охватить нижнюю челюсть за вертикальную ветвь, упираясь большими пальцами в отростки нижней челюсти. Вывести нижнюю челюсть вниз, а затем вперед.
6. Осторожно повернуть голову пострадавшего набок.
7. Освободить ротоглотку от слизи и крови, если они присутствуют, с помощью 2 пальцев, обернутых салфеткой.
8. Повернуть голову пострадавшего в положение «прямо», запрокинуть ее назад (см. п. 3).
9. На рот пострадавшего положить салфетку.
10. Запрокинуть голову пострадавшего, одной рукой зажать ноздри, другую руку подложить под шею.
11. Сделать глубокий вдох, плотно прижать свои губы к губам пострадавшего и сделать выдох в дыхательные пути пострадавшего (при этом его грудная клетка должна подниматься).
12. Отстраниться от больного (при этом происходит пассивный выдох, его грудная клетка опускается).
13. Цикл повторять с частотой 12–16 вдуваний в минуту в течение 30 мин.

Осложнения: попадание воздуха в желудок.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 92.

«ИСКУССТВЕННАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ (ИВЛ) "РОТ В НОС"»

Цель: восстановление спонтанного дыхания.

Показания: остановка дыхания, невозможность выполнения ИВЛ «рот в рот».

Противопоказания: биологическая смерть и конечная стадия неизлечимого заболевания.

Оснащение: марлевые салфетки (носовой платок или любая другая ткань), перчатки.

Последовательность действий

1. Надеть перчатки.
2. Уложить пострадавшего на спину на твердую поверхность.
3. Встать сбоку от пострадавшего.
4. Запрокинуть голову пострадавшего назад, положив одну руку под шею, а другой надавливая на лоб (при этом происходит частичное открывание рта).
5. Вывести нижнюю челюсть в «собачий прикус»: ладонями обеих рук охватить нижнюю челюсть за вертикальную ветвь, упираясь большими пальцами в отростки нижней челюсти. Вывести нижнюю челюсть вниз, а затем вперед.
6. Осторожно повернуть голову пострадавшего набок.
7. Освободить ротоглотку от слизи и крови, если присутствуют, с помощью 2 пальцев, обернутых салфеткой.
8. Голову вернуть в положение «прямо».
9. Левую руку положить на лоб пострадавшего и запрокинуть голову.
10. Правую руку подвести под нижнюю челюсть и сомкнуть рот.
11. На нос пострадавшего наложить салфетку.
12. Плотно прижаться ртом к носу пострадавшего и произвести выдох (при этом грудная клетка пострадавшего поднимается).
13. Отстраниться: если происходит пассивный выдох; грудная клетка опускается.
14. Цикл повторять с частотой 12–16 вдуваний в минуту в течение 30 мин.

Осложнения: попадание воздуха в желудок.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 93.
«МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ "ПРЕКАРДИАЛЬНОГО УДАРА"»

Цель: восстановление сердечной деятельности.

Показания: отсутствие сердечной деятельности, фибрилляция.

Противопоказания: биологическая смерть и конечная стадия неизлечимого заболевания.

Последовательность действий

1. Положить пострадавшего на твердую поверхность.
2. При наличии нескольких спасателей поднять нижние конечности больного вертикально и удерживать их в таком положении 5–15 с (увеличивается приток крови к сердцу).
3. Произвести резкий удар сжатым кулаком в нижнюю треть грудины, что может восстановить сердечный ритм.
4. Определить наличие пульса на сонной артерии.
5. При отсутствии реакции на «прекардиальный удар» следует начать непрямой массаж сердца.

Осложнения: перелом грудины и ребер.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 94. «НЕПРЯМОЙ МАССАЖ СЕРДЦА»

Цель: восстановление сердечной деятельности.

Показания: отсутствие сердечной деятельности, фибрилляция сердца.

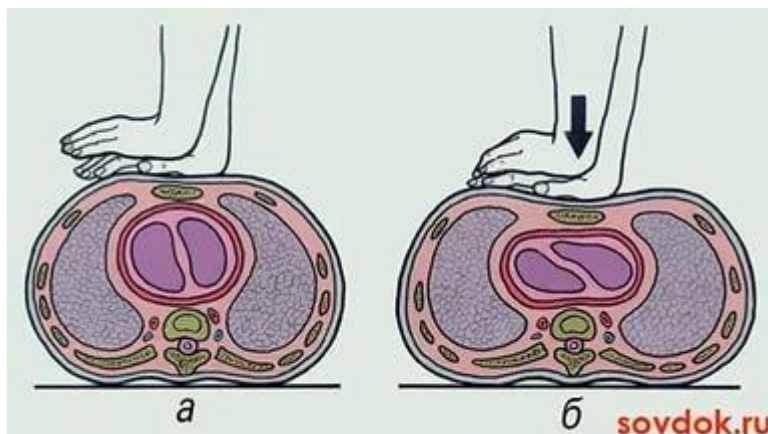
Противопоказания: биологическая смерть, конечная стадия неизлечимого заболевания.

Последовательность действий

1. Положить пострадавшего на спину на твердую поверхность.
2. Встать с левой стороны от пострадавшего.
3. Ладонную поверхность кисти наложить на нижнюю треть грудины, сверху наложить вторую ладонь, руки держать под углом 90° к груди пострадавшего.
4. Толчкообразно производить давление на грудину по направлению к позвоночнику на глубину 5-6 см (руки в локтях не сгибать).
5. Ослабить давление, не отнимая рук от грудины.

Аналогичные движения производить ритмично не менее 60 в минуту.

Осложнения: перелом ребер, разрыв легкого, пневмоторакс, разрыв печени, нижней полой вены.



МАНИПУЛЯЦИЯ № 95.
«ПРОВЕДЕНИЕ КОМПЛЕКСА СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ
РЕАНИМАЦИИ (СЛР)»

Цель: восстановление сердечной и дыхательной деятельности.

Показания: отсутствие сердечной деятельности, фибрилляция, отсутствие дыхания.

Противопоказания: биологическая смерть и конечная стадия неизлечимого заболевания.

Оснащение: марлевые салфетки (носовой платок или любая другая ткань), резиновые перчатки.

Последовательность действий

I. При СЛР одним реаниматором

1. Надеть перчатки.
2. Подготовить пациента к СЛР.
3. Наложить салфетку на рот пациента.
4. Сделать 2 пробных вдувания воздуха в рот больного или нос.
5. Правильно расположить свои руки для непрямого массажа сердца.
6. Сделать 15 компрессий на грудную клетку за 10 с (с частотой 80 компрессий в минуту, на глубину 5–7 см).
7. Повторить 2 вдувания воздуха в дыхательные пути больного.
8. Снова выполнить 15 компрессий на грудину.
9. Сделать 3 больших цикла, каждый из которых состоит из 15 компрессий и 2 вдуваний.
10. Найти пульс на сонной артерии и пальпировать его в течение 5 с. При отсутствии пульса продолжить реанимацию в таком же порядке в течение 30 мин.

II. При СЛР двумя реаниматорами

1. Одному спасателю выполнять 5 компрессий на грудину, после каждого пятого надавливания давать четкую команду «вдох».
2. Помощнику при этой команде сделать одно вдувание.
3. Снова произвести 5 компрессий и одно вдувание и т. д. (соотношение 1 : 5).
4. Во время компрессионной паузы первому реаниматору контролировать эффективность сделанного вдоха по расширению грудной клетки.
5. В свою очередь, помощнику, проводящему ИВЛ, в паузах между вдохами контролировать эффективность непрямого массажа, т.е. следить за реакцией зрачков и пульсацией на сонной артерии.
6. Через каждые 2 мин СЛР следует прекращать, чтобы проверить появление самостоятельного пульса на сонной артерии.



Осложнения: попадание воздуха в желудок, перелом грудины, ребер, пневмоторакс, разрыв печени.

МАНИПУЛЯЦИЯ № 96.
«ПОДГОТОВКА ТЕЛА УМЕРШЕГО К ПЕРЕВОДУ В
ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ»

Цель: доставка тела умершего в патологоанатомическое отделение.

Показания: смерть пациента.

Оснащение: 2 бирки из клеенки, 2 мешка для белья и постельных принадлежностей, простыня, резиновые перчатки, маска, бинт, дополнительный халат, защитные очки, дезинфицирующий раствор для рук, емкости с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий

1. Надеть дополнительный халат, маску, защитные очки, перчатки.
2. Вывезти кровать в другое помещение, если в палате находятся больные.
3. Снять с тела умершего одежду, убрать в мешок.
4. Снять с умершего ценности (в присутствии лечащего или дежурного врача) и составить акт, передать ценности на хранение старшей медицинской сестре.
5. Уложить умершего на спину без подушки.



Библиографический список

1. **Аббясов И.Х.** Основы сестринского дела: Учебник для студентов средних профессиональных учебных заведений. – М.: АКАДЕМИЯ, 2007.
2. **Кулешова Л.И., Пустоверова Е.В.** Основы сестринского дела. Курс лекций. Сестринские технологии. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2017.
3. **Обуховец Т.П.** Основы сестринского дела. Практикум: Учебное пособие, 2015.
4. **Чиж А.Г.** Манипуляции в сестринском деле: Учебное пособие. – М.: Медицина, 2013.