

Как подготовить комплект СОПов для медсестер отделения анестезиологии и реанимации

Главное в статье

- 1 Определите функции медсестры отделения анестезиологии и реанимации, сделайте акцент на манипуляциях и процедурах, алгоритмы которых не прописаны в ГОСТах
- 2 Поручите писать часть СОПов старшим медсестрам отделений, где используются аналогичные манипуляции по уходу за тяжелобольными
- 3 Чтобы упростить документирование, сведите медсестринские документы в единую карту наблюдения

Ольга Анатольевна Бернатович, старшая медсестра, ассистент кафедры Управления сестринской деятельностью ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет,

Ирина Борисовна Векшина, старшая медсестра отделения анестезиологии и реанимации»,

МБУ «Центральная городская клиническая больница № 6» г. Екатеринбург

Журнал продолжает цикл публикаций о стандартизации сестринской деятельности. Как составлять и что включить в комплект СОПов для отделения анестезиологии и реанимации, рассказывают старшие медсестры Центральной городской клинической больницы № 6 Екатеринбурга. Опыт этой медорганизации похвалил Минздрав на одной из сестринских конференций.

Спланировали комплект СОПов

Чтобы составить перечень СОПов, из должностной инструкции медсестры отделения анестезиологии и реанимации мы выписали функциональные обязанности. Разделили обязанности на семь групп:

- 1) инвазивные манипуляции;

-
- 2) манипуляции по уходу за пациентом;
 - 3) мониторинг состояния пациента, работа с аппаратурой;
 - 4) экстренная и неотложная помощь, поддержание жизнедеятельности организма;
 - 5) соблюдение санитарно-противоэпидемического режима, правил асептики и антисептики при уходе и лечении;
 - 6) своевременное и качественное ведение меддокументации;
 - 7) правильное обращение с лекарствами, включая наркотические и сильнодействующие средства.

Чтобы ускорить подготовку, привлекли другие отделения, где медсестры выполняют аналогичные манипуляции. СОПы для таких манипуляций поручили разрабатывать старшим медсестрам структурных подразделений.

Запросили СОПы по инвазивным манипуляциям

В номенклатуре СОПов, которую утвердил главный врач, есть разделы, общие для всех подразделений больницы.

Кстати

Об отделении анестезиологии и реанимации

Отделение анестезиологии и реанимации МБУ «ЦГКБ № 6» Екатеринбурга работает с 1984 года на базе терапевтического корпуса и было первым в городе отделением терапевтической реанимации. В нем шесть коек.

Задача отделения – поддерживать и восстанавливать жизненно важные функции при тяжелых заболеваниях нервной, дыхательной и сердечно-со-

судистой систем: острой дыхательной и сердечной недостаточности, остром нарушении мозгового кровообращения, коме и других острых расстройствах.

В отделение поступают больные в тяжелом и критическом состоянии, которые нуждаются в круглосуточном сестринском наблюдении. Медсестры выполняют большинство манипуляций по уходу и лечению.

К сведению

Медсестра реанимационного отделения должна уметь быстро сосредоточиться и оценить любую критическую ситуацию, несмотря на психоэмоциональную нагрузку

Из раздела «Инвазивные манипуляции» для отделения анестезиологии и реанимации мы решили взять шесть СОПов:

- 1) «Процедура набора лекарственного средства в шприц»;
- 2) «Внутривенная инъекция»;
- 3) «Внутривенное капельное введение лекарственных препаратов»;
- 4) «Установка периферического внутрисосудистого катетера»;
- 5) «Уход за периферическим внутрисосудистым катетером»;
- 6) «Забор венозной крови системой вакутейнер».

Создали СОПы по уходу за пациентами

СОПы по уходу за пациентами разрабатывали старшие медсестры отделений, где есть тяжелобольные и палаты интенсивной терапии. Это неврологическое, кардиологическое отделения и отделение медицинской реабилитации.

Уход за тяжелобольным включает мытье и санобработку, подмывание, смену постельного и нательного белья, смену подгузника, размещение в постели, кормление и др. Важный элемент ухода – профилактика пролежней.

Комплект по уходу мы составили из десяти СОПов:

- 1) «Уход за тяжелобольным пациентом»;
- 2) «Уход за кожей тяжелобольного пациента»;
- 3) «Уход за волосами»;
- 4) «Гигиенический уход за наружными половыми органами»;
- 5) «Смена постельного белья»;
- 6) «Уход за постоянным мочевым катетером»;
- 7) «Введение назогастрального зонда»;
- 8) «Кормление тяжелобольного через рот и назогастральный зонд»;
- 9) «Профилактика пролежней»;
- 10) «Размещение пациента в постели».

Составили СОПы по контролю состояния пациента

Специфику работы медсестер отделения отражают СОПы по контролю за состоянием пациента. Стандартные операционные процедуры для этого раздела работы составляла старшая медицинская сестра отделения анестезиологии и реанимации.

Документы охватили три вида сестринского контроля: физикальный контроль, мониторинг наблюдение и контроль ИВЛ.

Физикальный контроль. Медсестры следят за наличием или отсутствием сознания, выражением лица, положением пациента в постели, окраской кожи и видимых слизистых, оценивают двигательную активность. Проверяют дренажи, зонды и катетеры, измеряют артериальное давление, частоту дыхания и сердечных сокращений, температуру.

Периодичность определяет врач в зависимости от заболевания и тяжести состояния пациента. Результаты контроля медсестры заносят в лист наблюдения.

Мониторное наблюдение. Специальная аппаратура автоматически следит за частотой сердечных сокращений и дыхания, артериальным давлением, уровнем периферической сатурации крови по кислороду, температурой тела, биоэлектрической активностью мозга.

Автоматическое наблюдение позволяет одновременно отслеживать состояние жизненно важных органов и систем по многим параметрам.

Медсестра должна уметь работать с аппаратами – накладывать электроды, следить за состоянием пациента и при необходимости вызвать реаниматолога. Мы стандартизировали аппаратный мониторинг в СОП «Работа с многофункциональным монитором жизненно важных функций» (приложение 1).



В тему

Как разработать и внедрить СОПы для сестринской службы: комплект документов

«Главная медицинская сестра». 2018.

№ 8 → 14

К сведению

Еще больше образцов СОПов – в электронной версии журнала e.glavmeds.ru

Контроль ИВЛ. Многие пациенты находятся на искусственной вентиляции легких. Медсестры следят за состоянием больного и эффективностью процедуры. Если упадет давление «аппарат – пациент», медсестра должна быстро восстановить работу воздухоносной системы. Давление может упасть из-за накопления слизи в дыхательных путях, выпячивания манжетки, несогласованности работы аппарата и спонтанного дыхания пациента.

Чтобы предотвратить падение давления, медсестре надо санировать трахеобронхиальное дерево. Как проводить процедуру, мы описали в СОП «Санация трахеобронхиального дерева» (приложение 2).

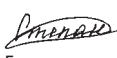
Упростили для медсестер документирование наблюдений

Чтобы облегчить медсестрам запись наблюдений, вместе с заводделением и врачами-реаниматологами разработали реанимационную карту (приложение 3). В один документ персонал вносит много данных: объем вводимой жидкости и ее выведения за сутки, оценку пролежней, состояние по шкалам GCS, RASS, SOFA и APACHE II, информацию об установке и о состоянии катетеров и дренажей, нутритивной поддержке. Также в реанимационную карту медсестры вносят данные для оценки состояния пациента – PS, АД, SpO₂, ЧДД, T °C, ЦВД и др.

Реанимационная карта заменила несколько форм, которые раньше заполняли медсестры: карту интенсивной терапии, лист динамического наблюдения, лист лабораторных и инструментальных методов диагностики, лист оценки пролежней, лист наблюдения за сосудистым катетером и др.

Медсестры могут противиться внедрению СОПов из-за нежелания менять привычную систему работы. Объясните, что выполнение СОПа облегчит работу – сократит потери времени и сил, улучшит качество медпомощи и результаты лечения ●

Приложение 1. Образец СОП «Работа с многофункциональным монитором жизненно важных функций»

Муниципальное бюджетное учреждение «Центральная городская клиническая больница № 6» г. Екатеринбург		СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА	НОМЕР: 09-002
			ЛИСТ: 1 ВСЕГО: 5
НАЗВАНИЕ: Работа с многофункциональным монитором жизненно важных функций			ОТДЕЛ: отделение анестезиологии и реанимации
ДЕЙСТВУЕТ С: 01.07.2018	ЗАМЕНЯЕТ: Вводится впервые	ПРИЧИНА ПЕРЕСМОТРА:	ДАТА СЛЕДУЮЩЕГО ПЕРЕСМОТРА:
СОСТАВИЛ: старшая медсестра отделения анестезиологии и реанимации Векшина И.Б. «__» _____ 20__ г.		УТВЕРДИЛ: Главный врач МБУ «ЦГКБ № 6»  /Степанов А.И./ «__» _____ 20__ г.	

Мониторинг – это контроль функций и процессов, выявление опасных их отклонений с целью предупреждения осложнений, в частности во время анестезии и интенсивной терапии. Постоянный мониторинг основных жизненно важных функций организма пациента во время нахождения его в палате отделения анестезиологии и реанимации и интенсивной терапии является одним из фундаментальных принципов работы медицинского персонала.

Монитор обладает широчайшим набором функций, таких как настройка измерения параметров модульными блоками, подача звукового и визуального сигнала, хранение и вывод трендов, архивирование и вывод на дисплей показателей, регистрация показателей на бумажных носителях и т. д.

Возможно объединение мониторов в локальную сеть и вывод показаний мониторов на центральный пульт – на сестринский пост или в ординаторскую.

Назначение: слежение за жизненно-важными показателями функций организма у пациентов (мониторинг) отделения анестезиологии и реанимации и интенсивной терапии с помощью специальных устройств – мониторов пациента – позволяет активизировать сведения о состоянии организма, что необходимо **для проведения своевременной коррекции возникающих нарушений.**

Мониторы пациента предназначены для измерения и регистрации:

- биоэлектрических потенциалов сердца (ЭКГ);
- частоты сердечных сокращений (ЧСС) по ЭКГ;
- неинвазивного артериального давления (НИАД);

Муниципальное бюджетное учреждение «Центральная городская клиническая больница № 6» г. Екатеринбурга	СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА	НОМЕР: 09-002
		ЛИСТ: 2 ВСЕГО: 5
НАЗВАНИЕ: Работа с многофункциональным монитором жизненно важных функций		ОТДЕЛ: отделение анестезиологии и реанимации

- объемной пульсоксиметрии (SpO₂) и частоты пульса (ЧП);
- температуры тела (t°);
- частоты дыхания (RESP).

Кроме этого, имеются дополнительные модули, позволяющие отслеживать и другие параметры, измеряемые напрямую (капнометрия прямого и непрямого потока, ЦВД, инвазивное АД, концентрация летучих анестетиков в газовой смеси, энцефалограмма, мышечная активность в ответ на стимуляцию и т. д.) и вычисляемые (сердечный выброс, калориметрия и т. д.).

Цель: стандартизация процедуры работы с монитором жизненно важных функций.

Область применения: мониторинг состояния пациента в условиях палаты отделения анестезиологии и реанимации или интенсивной терапии.

Где: отделение анестезиологии и реанимации, палаты интенсивной терапии (ПИТ) в отделениях круглосуточного стационара.

Время выполнения процедуры: круглосуточно по показаниям или в срочном порядке после выявления показаний.

Когда: нестабильное состояние пациента, необходимость в наблюдении за жизненно важными функциями пациента.

Ответственность: ответственным за проведение манипуляции в соответствии с требованиями СОПа является медицинская сестра отделения анестезиологии и реанимации, ПИТ. Контроль над соблюдением СОПа осуществляет старшая медицинская сестра структурного подразделения.

Нормативно-справочная документация

- Приказ Минздрава от 15.11.2012 № 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “анестезиология и реаниматология”».
- Руководство по эксплуатации монитора.
- СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

Муниципальное бюджетное учреждение «Центральная городская клиническая больница № 6» г. Екатеринбурга	СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА	НОМЕР: 09-002
		ЛИСТ: 3 ВСЕГО: 5
НАЗВАНИЕ: Работа с многофункциональным монитором жизненно важных функций		ОТДЕЛ: отделение анестезиологии и реанимации

- СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами».

Ресурсы: монитор представляет собой портативный прибор, позволяющий в режиме реального времени отображать на экране электрокардиограмму и кривую кровенаполнения, а также измерять частоту пульса, сатурацию, артериальное давление и температуру.

В отделении имеются следующие мониторы: Армед PC-9000b, Comen Star 8000D, Comen Star 8000DA, Mindray PM800.

Основная часть СОПа

Подготовка к процедуре

1. Представиться, провести идентификацию пациента на основании медицинской документации (при возможности – спросить Ф. И. О. полностью, дату рождения).
2. Информировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
3. Перед началом работы убедиться в электробезопасности и заземлении аппарата согласно инструкции. Убедиться в подключении необходимых кабелей к соответствующим разъемам на корпусе монитора. Все датчики, провод заземления должны быть без механических повреждений.
4. Включить монитор, соблюдая меры предосторожности, указанные в руководстве к монитору, проверить все функции прибора, при подозрении на неисправность эксплуатация прибора запрещена.
5. Помочь пациенту занять удобное положение в зависимости от состояния пациента.
6. Подсоединить необходимые датчики к телу пациента, убедившись, что кабели не перекручены, не препятствуют необходимой активности пациента в кровати, не вызывают неприятных или болезненных ощущений при подключении у больного, дают устойчивый сигнал на монитор с четкой интерпретацией.
7. Во время наблюдения следить за состоянием оборудования и пациента, препятствовать и вовремя устранять отсоединения датчиков и электродов для сохранения устойчивого сигнала.

Проведение манипуляции

1. Самораздувающаяся манжета с датчиком для измерения АД помещается в стандартном месте – на плече пациента. Размер подбирается в соответствии с возрастом

Муниципальное бюджетное учреждение «Центральная городская клиническая больница № 6» г. Екатеринбурга	СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА	НОМЕР: 09-002
		ЛИСТ: 4 ВСЕГО: 5
НАЗВАНИЕ: Работа с многофункциональным монитором жизненно важных функций		ОТДЕЛ: отделение анестезиологии и реанимации

том, ширина манжеты должна составлять порядка 40 процентов от периметра руки или 2/3 плеча.

2. Перед наложением манжеты необходимо освободить от воздуха – это повысит точность измерений.

Примечание. Устанавливать манжету на конечность с катетерами не рекомендуется, так как при нагнетании давления в воздушную камеру введение препарата может замедлиться или прекратиться.

3. При измерении необходимо следить за цветом и чувствительностью конечности – чрезмерная затяжка манжеты может привести к развитию ишемии.

4. ЭКГ-мониторинг. Electroды для регистрации ЭКГ приклеивают на чистую сухую кожу грудной клетки. При работе с сухими электродами необходимо перед установкой нанести на них токопроводящий гель.

5. Необходимо ежедневно проверять проводящую способность электродов – при необходимости заменять и (или) менять расположение.

6. Параметр RESP использует показания сопротивления двух электродов, установленных на груди пациента (при дыхании сопротивление электродов изменяется). Для оценки этого параметра установка дополнительных электродов не требуется.

7. Показания объемной оксиметрии SpO₂ используются для замера содержания в периферической крови оксигемоглобина. Многоцветный пальцевый датчик SpO₂ надеть на дистальную фалангу пальца руки так, чтобы пластина датчика с источником света находилась поверх ногтевой пластинки, либо на мочку уха.

Примечание. Ногти должны быть короткострижены, без лака.

8. Термометрия – поверхностный (накожный) датчик температуры располагается в крупных естественных складках кожи – подмышечной впадине – или подкладывается под тело пациента.

9. Регистрация показателей (НИАД, SpO₂, ЧСС, ЧДД, пульс, температура и т. д.) производится медицинской сестрой в карте интенсивного наблюдения, как правило, в виде линейных графиков – гистограмм.

Окончание процедуры

1. Снять установленные датчики и электроды в произвольном порядке, сохраняя их целостность, кабели аккуратно свернуть и зафиксировать рядом с монитором.

2. Отключить монитор.

3. Многоцветные датчики и монитор обрабатывать по инструкции к аппаратуре.

Муниципальное бюджетное учреждение «Центральная городская клиническая больница № 6» г. Екатеринбурга	СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА	НОМЕР: 09-002
		ЛИСТ: 5 ВСЕГО: 5
НАЗВАНИЕ: Работа с многофункциональным монитором жизненно важных функций		ОТДЕЛ: отделение анестезиологии и реанимации

4. Одноразовые датчики утилизировать согласно СанПиН 2.1.7.2790-10.

Осложнения и их устранение

1. Продолжительное использование пальцевого зажима датчика может вызвать дискомфорт и боль, образование волдырей и некроз, чему особенно подвержены пациенты с нарушением микроциркуляции крови, пастозностью конечностей. Не рекомендуется использовать датчик на одном и том же пальце дольше 2 часов и помещать на пальцы с отеком или поврежденными тканями.
2. Использование датчика SpO₂ и манжеты для измерения неинвазивного АД на одной руке может привести к ошибочным показаниям объемной оксиметрии.
3. При перекруте кабелей произвести распутывание, укладывать их в порядке, препятствующем запутыванию. Не допускать натяжения кабелей!
4. Следить за целостностью и изоляцией проводов и электродов! При выявлении повреждения изоляции кабелей своевременно заменять после предварительного обесточивания.

Распределение СОПа

Экземпляр → Подразделение

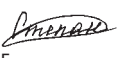
Оригинал → Главная медсестра

Копия → Старшая медсестра отделения структурного подразделения

Ответственные исполнители ознакомлены и обязуются исполнять

№ п/п	Фамилия	Подпись	Дата

Приложение 2. Образец СОП «Санация трахеобронхиального дерева»

Муниципальное бюджетное учреждение «Центральная городская клиническая больница № 6» г. Екатеринбург		СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА	НОМЕР: 09-006
			ЛИСТ: 1 ВСЕГО: 4
НАЗВАНИЕ: Санация трахеобронхиального дерева (ТБД)			ОТДЕЛ: отделение анестезиологии и реанимации
ДЕЙСТВУЕТ С: 01.07.2018	ЗАМЕНЯЕТ: Вводится впервые	ПРИЧИНА ПЕРЕСМОТРА:	ДАТА СЛЕДУЮЩЕГО ПЕРЕСМОТРА:
СОСТАВИЛ: старшая медсестра отделения анестезиологии и реанимации Векшина И.Б. «__»____ 20__ г.		УТВЕРДИЛ: Главный врач МБУ «ЦГКБ № 6» «__»____ 20__ г.	 /Степанов А.И./

Своевременная санация трахеобронхиального дерева (ТБД) является непременным условием поддержания проходимости дыхательных путей. Без поддержания достаточной проходимости дыхательных путей невозможно говорить об обеспечении приемлемой внешней вентиляции, оксигенации и эффективности ИВЛ.

Цель: стандартизация процедуры санации трахеобронхиального дерева (ТБД).

Область применения

Где: отделение анестезиологии и реанимации.

Когда: при наличии показаний.

Ответственность: ответственным за проведение манипуляции в соответствии с требованиями СОПа является медицинская сестра отделения анестезиологии и реанимации. Контроль над соблюдением СОПа осуществляет старшая медицинская сестра структурного подразделения.

Нормативно-справочная документация:

- Приказ Минздрава от 15.11.2012 № 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “анестезиология и реаниматология”».
- Радушкевич В.Л. Реанимация и интенсивная терапия для практикующего врача. Руководство. – М.: Издательство МИА (Медицинское информационное агентство), 2011.
- Основы сестринского дела. Алгоритмы манипуляций. Учебное пособие // Широкова Н.В. и др. – М.: Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2016.

Муниципальное бюджетное учреждение «Центральная городская клиническая больница № 6» г. Екатеринбурга	СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА	НОМЕР: 09-006
		ЛИСТ: 2 ВСЕГО: 4
НАЗВАНИЕ: Санация трахеобронхиального дерева (ТБД)		ОТДЕЛ: отделение анестезиологии и реанимации

Показания к санации ТБД устанавливаются персоналом на основании признаков скопления мокроты у больного во время ИВЛ:

- хаотичные кашлевые движения пациента;
- видимая через прозрачную стенку эндотрахеальной трубки мокрота;
- увеличение пикового давления при объемной вентиляции;
- появление волн на петле поток – объем;
- появление крупнопузырчатых хрипов при аускультации над областью трахеи;
- необходимость взятия проб мокроты для микробиологического исследования.

Ресурсы

- Вакуумный отсос с регулятором отрицательного давления и емкостью для отсасываемой жидкости.
- Одноразовый стерильный аспирационный катетер с мягким эластичным наконечником, дополнительным боковым дистальным отверстием и Т-образной вставкой в основании катетера с отверстием вакуум-контроля. Наружный диаметр аспирационного катетера не должен превышать половину внутреннего диаметра эндотрахеальной или трахеостомической трубки.
- Стерильные медицинские перчатки.
- Стерильный физиологический раствор (для промывания катетера и возможных трахеальных инстилляций).
- Мешок Амбу, подключенный к источнику кислорода.

Минимальный обязательный мониторинг во время санации включает пульсоксиметрию, по возможности желательна также мониторируют ЭКГ и ЧСС.

Основная часть СОПа

Подготовка к процедуре

1. Идентифицировать пациента по медицинским документам.
2. Надеть маску и медицинскую шапочку.
3. Приготовить все необходимое для процедуры на манипуляционном столике, поместить его вблизи от места проведения манипуляции.
4. Подготовка пациента к санации: если планируется аспирация мокроты только из трахеи, положение больного – на спине; если планируется также санация из главных бронхов, голову пациента поворачивают в сторону, противоположную санируемому бронху.

Муниципальное бюджетное учреждение «Центральная городская клиническая больница № 6» г. Екатеринбурга	СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА	НОМЕР: 09-006
		ЛИСТ: 3 ВСЕГО: 4
НАЗВАНИЕ: Санация трахеобронхиального дерева (ТБД)		ОТДЕЛ: отделение анестезиологии и реанимации

5. Обработать руки гигиеническим способом.
6. Обработать руки антисептиком. Не сушить, дожидаться полного высыхания антисептика.
7. Надеть стерильные перчатки.
8. За 2–3 минуты до санации увеличить подаваемый дыхательный объем на 10–15 процентов (при объемной ИВЛ).
9. Провести преоксигенацию 100-процентным кислородом в течение по крайней мере 1 минуты перед санацией.

Выполнение манипуляции

1. Аспирационный катетер подсоединить к шлангу вакуумного отсоса. Дистальную часть катетера извлечь из упаковки непосредственно перед введением в трахею, до этой части катетера рукой стараться не дотрагиваться.
2. Установить отрицательное давление (не более 70–100 см вод. ст.).
3. Коннектор эндотрахеальной (трахеостомической) трубки отсоединить от дыхательного контура или открыть крышку дополнительного прямоугольного адаптера.
4. Катетер осторожно ввести в эндотрахеальную (трахеостомическую) трубку на необходимую глубину, при этом отверстие в основании катетера оставить открытым. Почувствовав препятствие, катетер далее насильно не продвигать, а наоборот, вытянуть обратно на 1–2 см.
5. Закрыть пальцем отверстие вакуум-контроля в основании катетера и медленно извлечь его из трубки. При этом происходит удаление секрета и мокроты через катетер. Длительность такой процедуры не должна превышать 10–15 секунд.
6. После извлечения катетер промыть стерильным физиологическим раствором и при необходимости повторить аспирацию.
7. В процессе санации длительность отсоединения пациента от респиратора не должна превышать 1 минуту.
8. При ухудшении состояния больного (резкое снижение SaO₂, цианоз, бради- или тахикардия, сердечные аритмии, судороги, нарушение сознания и т. д.) санацию немедленно прекратить и возобновить ИВЛ.
9. Если в процессе санации аспирируется очень густая слизь или мокрота, рекомендуются внутритрахеальные инстилляции 5–8 мл физиологического раствора с последующей его аспирацией.
10. По окончании санации продолжить ИВЛ 100-процентным кислородом 2–3 минуты, после чего вернуться к предыдущей концентрации кислорода.

Муниципальное бюджетное учреждение «Центральная городская клиническая больница № 6» г. Екатеринбурга	СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА	НОМЕР: 09-006
		ЛИСТ: 4 ВСЕГО: 4
НАЗВАНИЕ: Санация трахеобронхиального дерева (ТБД)		ОТДЕЛ: отделение анестезиологии и реанимации

Завершение процедуры

1. Использованный материал поместить в непромокаемый пакет для отходов класса Б.
2. Снять использованные перчатки, положить в непромокаемый пакет для отходов класса Б.
3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
4. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.

Возможные осложнения процедуры санации ТБД

1. Гипоксемия.
2. Брадикардия, остановка сердечной деятельности.
3. Тахикардия, аритмии сердца (в основном экстрасистолия).
4. Травмирование слизистой оболочки трахеи.
5. Бронхоспазм.
6. Артериальная гипертензия, повышение ВЧД (при сопутствующих активных кашлевых толчках).
7. Инфекционные осложнения со стороны больного или персонала.

Распределение СОПа

Экземпляр → Подразделение

Оригинал → Главная медсестра

Копия → Старшая медсестра отделения анестезиологии и реанимации

Ответственные исполнители ознакомлены и обязуются исполнять

№ п/п	Фамилия	Подпись	Дата

Приложение 3. Шаблон реанимационной карты

МБУ ЦГКБ № 6
Отделение анестезиологии и реанимации
Реанимационная карта

Ф. И. О. пациента: _____ Возраст: _____
 История болезни № _____ Отделение: _____
 Дата: _____ Сутки в ОАР: _____
 Аллергические реакции: _____ Масса тела: _____
 Диагноз: _____

Введено за сутки:	Манипуляции:	Дата, время:
Per os:	Периферический катетер	
В зонд:	Назогастральный зонд	
Внутривенно:	Интубация трахеи	
	Трахеостома	
Потери за сутки:	Центральный катетер	
Рвота/сброс по зонду:	Плевральная пункция	
Диурез:	Плевральный дренаж	
Дренаж:	Уретральный катетер	
Стул:	Клизма	
Кровопотеря:	ФГДС	
	Санационная бронхоскопия	
Общий гидробаланс:	УЗИ	

Шкала Ватерлоо: _____

Пролежни: локализация, степень		
Оценка по шкалам:	Утро	Вечер
Шкала GCS		
Шкала RASS		
SOFA		
APACHE II		

Реабилитационная программа: Инструктор: _____

Процедура									
Время									

Врач ОАР: _____ Медсестра: _____

Врач ОАР: _____ Медсестра: _____

Медсестра: _____

Дата:	PS,АД	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	00	01	02	03	04	05	06	07	
	SpO2																									
	ЧДД																									
	Т0																									
Нутритивная поддержка:	220																									
	210																									
	200																									
	190																									
	180																									
Таблетки:	170																									
	160																									
	150																									
	140																									
	130																									
	Иньекции:	120																								
		110																								
100																										
90																										
80																										
70																										
60																										
50																										
40																										
ЦВД																										
Рвота, сброс по зонду																										
Диурез																										
Стул																										
Санация																										
Дозатор:																										
Инфузия:																										
Ингаляции:																										