

ОСНОВЫ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА АЛГОРИТМЫ МАНИПУЛЯЦИЙ

**УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ
ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧИЛИЩ И КОЛЛЕДЖЕЙ**

Рекомендовано ГОУ ВПО «Московская медицинская академия имени И.М. Сеченова» в качестве учебного пособия для студентов учреждений среднего профессионального образования, обучающихся по специальностям 060109.52 «Сестринское дело» и 060101.52 «Лечебное дело» по дисциплине «Основы сестринского дела»

УДК 616-083(07)
ББК 53.5я7 0-75

*Регистрационный №641 рецензии от 25.12.2009 г. ФГУ
Федеральный институт развития образования*

Коллектив авторов:

Широкова Н.В. — преподаватель сестринского дела Московского областного медицинского колледжа № 2.
Островская И. В. — доцент кафедры управления сестринской деятельностью ММА И.М. Сеченова.
Клюйкова И.Н. — преподаватель основ сестринского дела Люберецкого медицинского колледжа.
Морозова Н.А. — преподаватель основ сестринского дела Мытищинского медицинского училища.
Морозова Г.И. — преподаватель основ сестринского дела Московского областного медицинского колледжа.
Гусева И.А. — преподаватель основ сестринского дела Ногинского медицинского училища.

0-75 **Основы сестринского дела : Алгоритмы манипуляций** : учебное пособие / Н.В. Широкова и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.- 160 с. ISBN 978-5-9704-1341-8

Учебное пособие содержит алгоритмы выполнения необходимых процедур по уходу пациентами и призвано улучшать качество оказываемой медицинской помощи.

Пособие разработано в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации 18 декабря 2002 г. «О техническом регулировании»; положениями государственной системы стандартизации Российской Федерации (ГОСТ Р 1.0-92-ГОСТ Р 1.5-92); общими требованиями к специалистам в области сестринского дела.

Рекомендуется студентам и преподавателям медицинских училищ и колледжей, слушателям отделений повышения квалификации по специальностям «Сестринское дело», «Лечебное дело» и медицинским работникам.

УДК 616-0831'
ББК53.5*

Права на данное издание принадлежат ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа». Воспроизведение и распространение в каком бы то ни было виде части или целого издания не могут быть осуществлены без письменного разрешения ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа».

Коллектив авторов, 2009
ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2010
ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», оформление, 2010

ISBN 978-5-9704-1605-1

ОГЛАВЛЕНИЕ

От авторов	6
Глава 1. Сестринское обследование	7
Исследование пульса на лучевой артерии.....	7
Измерение температуры тела в подмышечной области (в условиях стационара)	8
Измерение артериального давления	10
Измерение роста пациента.....	12
Взвешивание и определение массы тела.....	13
Глава 2. Инфекционная безопасность. Инфекционный контроль	14
Проведение дезинфекции и предстерилизационной очистки изделий медицинского назначения в один этап ручным способом.....	14
Глава 3. Прием пациента	16
Обработка пациента с педикулезом.....	16
Глава 4. Безопасная больничная среда. Лечебно-охранительный режим.....	18
Поворачивание пациента и размещение его в положении на правом боку	18
Переведение пациента из положения на спине в положение Симса	20
Перемещение пациента с гемиплегией в положение на животе.....	21
Размещение пациента с гемиплегией в положении Фаулера	23
Размещение пациента в положении лежа на спине.....	25
Глава 5. Личная гигиена пациента.....	27
Смена постельного белья поперечным способом.....	27
Смена постельного белья продольным способом	28
Смена рубашки тяжелобольному.....	30
Помощь пациенту в использовании судна или мочеприемника	31
Уход за наружными половыми органами мужчин	32
Уход за наружными половыми органами и промежностью женщин	34
Утренний туалет тяжелобольного: умывание.....	35
Утренний туалет тяжелобольного: туалет полости рта	36
Апликация — медикаментозное воздействие на слизистую оболочку полости рта.....	38
Утренний туалет тяжелобольного: туалет глаз	39
Утренний туалет тяжелобольного: туалет носа.....	40
Утренний туалет тяжелобольного: туалет ушей	41
Глава 6. Кормление пациента	43
Кормление пациента в постели с помощью поильника	43
Кормление пациента в постели с помощью ложки.....	44
Кормление пациента через назогастральный зонд	46
Уход за назогастральным зондом	47
Кормление пациента через гастростому.....	48
Глава 7. Методы простейшей физиотерапии. Гирудотерапия	50
Применение горчичников	50
Применение грелки.....	52
Применение пузыря со льдом.....	53
Постановка согревающего компресса.....	54
Постановка холодного компресса	56

Постановка банок	57
Постановка пиявок (гирудотерапия).....	60
Подача увлажненного кислорода через носовой катетер	62
Глава 8. Применение лекарственных средств	64
Закапывание в нос масляных капель	64
Закапывание в нос сосудосуживающих капель	65
Обучение пациента применению карманного ингалятора	66
Введение пациенту суппозитория со слабительным действием	67
Набор лекарственного средства из ампулы	69
Разведение антибиотиков	70
Выполнение внутрикожной инъекции	71
Выполнение подкожной инъекции	72
Выполнение внутримышечной инъекции	74
Выполнение внутривенной инъекции	75
Заполнение инфузионной системы	78
Проведение инфузии.....	79
Глава 9. Клизмы. Газоотводная трубка. Калоприемник	82
Очистительная клизма	82
Сифонная клизма.....	84
Клизма масляная послабляющая	86
Клизма гипертоническая послабляющая	88
Лекарственная микроклизма	90
Капельная клизма.....	91
Постановка газоотводной трубки	93
Алгоритм действий пациента при замене адгезивного (клеящегося) калоприемника.....	94
Глава 10. Катетеризация мочевого пузыря	97
Катетеризация мочевого пузыря женщины резиновым катетером	97
Катетеризация мочевого пузыря мужчины резиновым катетером	99
Постановка и фиксация постоянного катетера.....	101
Промывание мочевого пузыря.....	102
Глава 11. Пункции	104
Участие медсестры в проведении плевральной пункции	104
Участие медсестры в проведении люмбальной пункции	106
Участие медсестры в проведении стеральной пункции	107
Участие медсестры в проведении абдоминальной пункции	109
Глава 12. Лабораторные и инструментальные исследования	111
Методические указания «Правила и техника получения проб клинического материала для исследования в лаборатории клинической микробиологии»	111
Мазок из зева	112
Мазок из носа.....	113
Забор крови из периферической вены	115
Взятие крови из вены в вакуумные контейнеры	117
Сбор мокроты на клинический анализ	120
Сбор мокроты на бактериологическое исследование	121
Сбор мокроты на микобактерии туберкулеза	122
Сбор мокроты на опухолевые клетки (атипичные).....	124
Взятие кала для копрологического исследования.....	125
Взятие кала для бактериологического исследования	126
Взятие кала для исследования на скрытую кровь	127
Взятие кала для обнаружения простейших	128

Взятие кала для анализа на яйца гельминтов.....	129
Сбор мочи на общий клинический анализ	130
Сбор мочи на сахар в суточном количестве.....	131
Сбор мочи на диастазу	133
Сбор мочи по Нечипоренко	134
Сбор мочи по Зимницкому	135
Подготовка пациента к фиброзофагогастроуденоскопии	137
Глава 13. Зондовые манипуляции.....	138
Промывание желудка толстым зондом	138
Промывание желудка тонким зондом	140
Взятие желудочного содержимого для исследования секреторной функции желудка	143
Дуоденальное зондирование (фракционный способ).....	145
Глава 14. Сердечно-легочная реанимация вне лечебного учреждения.....	148
Сердечно-легочная реанимация, проводимая одним спасателем	148
Сердечно-легочная реанимация, проводимая двумя спасателями.....	150
Глава 15. Обращение с трахеостомической трубкой.....	153
Уход за пластиковой трахеостомической трубкой с несдувающейся манжетой.....	153
Обучение пациента уходу за трахеостомической трубкой.....	155

ГЛАВА 1 СЕСТРИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

ИССЛЕДОВАНИЕ ПУЛЬСА НА ЛУЧЕВОЙ АРТЕРИИ

Цель: диагностическая.

Показания: назначения врача, профилактические осмотры. **Оснащение:** часы или секундомер, температурный лист, ручка.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре	Установление контакта с пациентом
1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые	
2. Объяснить пациенту цель и последовательность процедуры	Психологическая подготовка пациента
3. Получить согласие пациента на процедуру	Соблюдение прав пациента
4. Подготовить необходимое оснащение	Проведение процедуры и документирование ее результатов
5. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
II. Выполнение процедуры	Обеспечение достоверности результата
1. Предложить пациенту сесть или лечь. При этом руки должны быть расслаблены, кисть и предплечье не должны быть «на весу»	
2. Прижать II, III, IV пальцами лучевые артерии на обеих руках пациента у основания большого пальца (I палец должен находиться на тыльной стороне кисти), почувствовать пульсацию и слегка сдавить артерии	Определение синхронности пульса. Если пульс синхронный, то в дальнейшем исследование проводят на одной руке
3. Определить <i>ритм</i> пульса. Если пульсовая волна следует одна за другой через равные промежутки времени, то пульс ритмичный, если нет — аритмичный. При выраженной аритмии проводят дополнительное исследование на предмет выявления дефицита пульса	Ритм периферического пульса должен совпадать с ритмом сердечных сокращений. Разница между числом сердечных сокращений в минуту и частотой периферического пульса в ту же минуту называется <i>дефицитом</i> пульса

4. Определить <i>частоту</i> пульса в минуту: взять часы или секундомер и подсчитать число пульсовых ударов в течение 30 с. Умножить результат на два (если пульс ритмичный) и получить частоту пульса. Если пульс аритмичный, то следует подсчитывать количество пульсовых ударов в течение 60 с. Частота пульса зависит от возраста, пола, физической активности	Обеспечение точности определения частоты пульса. Нормальная частота пульса: от 2 до 5 лет — около 100 уд/мин; от 5 до 10 лет — около 90 уд/мин; взрослые мужчины — 65-80 уд/мин; взрослые женщины — 75—85 уд/мин; пульс чаще 80 уд/мин — <i>тахикардия</i> ; пульс реже 60 уд/мин — <i>брадикардия</i>
5. Определить <i>наполнение</i> пульса: если пульсовая волна четкая, то пульс <i>полный</i> , если слабая — <i>пустой</i> , если пульсовая волна очень слабо прощупывается, то пульс <i>нитевидный</i>	Наполнение пульса зависит от объема циркулирующей крови и величины сердечного выброса
6. Определить <i>напряжение</i> пульса. Для этого нужно прижать артерию сильнее, чем прежде, к лучевой кости. Если пульсация полностью прекращается, напряжение слабое, пульс мягкий; если ослабевает — напряжение умеренное; если пульсация не ослабевает — пульс напряженный, твердый	Обеспечение точности определения напряжения пульса. Оно зависит от тонуса артериальных сосудов. Чем выше показатели АД, тем напряженнее пульс
7. Сообщить пациенту результат исследования	Право пациента на информацию
III. Окончание процедуры 1. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
2. Сделать запись, отразив в ней полученные результаты и реакцию пациента	Обеспечение преемственности сестринского ухода

Примечание. Для определения пульса можно использовать височную, сонную, подключичную, бедренную артерии, тыльную артерию стопы.

ИЗМЕРЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА В ПОДМЫШЕЧНОЙ ОБЛАСТИ (В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА)

Цель: диагностическая.

Показания: плановое измерение температуры утром и вечером, у больных с лихорадкой — по назначению врача.

Оснащение: часы, медицинский максимальный термометр, ручка, температурный лист, полотенце или салфетка, емкость с дезинфицирующим раствором.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться, уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые	Установление контакта с пациентом
2. При незнании пациентом цели и последовательности процедуры объяснить их ему	Психологическая подготовка пациента к процедуре
3. Получить согласие пациента на процедуру	Соблюдение прав пациента

4. Вымыть и осушить руки	Профилактика внутрибольничной инфекции
5. Подготовить необходимое оснащение. Убедиться в целостности термометра и в том, что показания на шкале не превышают 35 °С. В противном случае встряхнуть термометр так, чтобы столбик ртути опустился ниже 35 °С	Обеспечение безопасности пациента и достоверности результата измерения температуры
II. Выполнение процедуры	Обеспечение достоверности результата
1. Осмотреть подмышечную область, при необходимости протереть ее насухо салфеткой или попросить пациента сделать это. <i>Внимание! При наличии гиперемии, местных воспалительных процессов измерение температуры проводить нельзя</i>	
2. Поместить резервуар термометра в подмышечную область так, чтобы он со всех сторон плотно соприкасался с телом пациента (прижать плечо к грудной клетке)	Обеспечение условий для получения достоверного результата
3. Оставить термометр не менее чем на 10 мин. Пациент должен лежать в постели или сидеть	Обеспечение достоверности результатов
4. Извлечь термометр. Оценить показатели, держа термометр горизонтально на уровне глаз	Оценка результатов измерения
5. Сообщить пациенту результаты термометрии	Обеспечение права пациента на информацию
III. Окончание процедуры	Подготовка термометра к последующему измерению температуры тела
1. Встряхнуть термометр так, чтобы ртутный столбик опустился в резервуар	
2. Погрузить термометр в дезинфицирующий раствор	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
4. Сделать отметку показателей температуры в температурном листе. О пациентах с лихорадкой сообщить дежурному врачу	Обеспечение преемственности наблюдения за пациентом

ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Цель: диагностическая.

Показания: назначение врача, профилактические осмотры.

Оснащение: тонометр, фонендоскоп, спирт, тампон (салфетка), ручка, температурный лист.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре	Установление контакта с пациентом
1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые	
2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения процедуры	Психологическая подготовка к манипуляции
3. Получить согласие на процедуру	Соблюдение прав пациента
4. Предупредить пациента о процедуре за 15 мин до ее начала, если исследование проводится в плановом порядке	Обеспечение достоверности результата
5. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечение эффективного проведения процедуры
6. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
7. Соединить манометр с манжетой и проверить положение стрелки манометра относительно нулевой отметки шкалы	Проверка исправности и готовности аппарата к работе
8. Обработать мембрану фонендоскопа спиртом	Обеспечение инфекционной безопасности
II. Выполнение процедуры	Исключение возможной недостоверности результатов (каждые 5 см смещения середины манжеты относительно уровня сердца приводят к завышению или занижению показателей АД на 4 мм рт.ст.). Исключение лимфостаза, возникающего при нагнетании воздуха в манжету и пережатии сосудов. Обеспечение достоверности результата
1. Усадить или уложить пациента, обеспечив положение руки, при котором середина манжеты находится на уровне сердца. Наложить манжету на обнаженное плечо пациента на 2—3 см выше локтевого сгиба (одежда не должна сдавливать плечо выше манжеты); закрепить манжету так, чтобы между ней и плечом помещались 2 пальца (или 1 палец у детей и взрослых с малым объемом руки). <i>Внимание! Не следует измерять АД на руке со стороны произведенной мастэктомии, на слабой руке пациента после инсульта, на парализованной руке</i>	
2. Предложить пациенту правильно положить руку: в разогнутом положении ладонью вверх (если пациент сидит, попросить подложить под локоть сжатый кулак кисти свободной руки)	Обеспечение максимального разгибания конечности
3. Найти место пульсации плечевой артерии в области локтевой впадины и слегка прижать к коже в этом месте (не прилагая усилий) мембрану фонендоскопа	Обеспечение достоверности результата

4. Закрывать вентиль на «груше», повернув его вправо, и нагнетать в манжету воздух под контролем фонендоскопа до тех пор, пока давление в манжете (по показаниям манометра) не превысит на 30 мм рт.ст. тот уровень, при котором исчезла пульсация	Исключение дискомфорта, связанного с чрезмерным пережатием артерии. Обеспечение достоверности результата
5. Повернуть вентиль влево и начать выпускать воздух из манжеты со скоростью 2—3 мм рт.ст./с, сохраняя положение фонендоскопа. Одновременно выслушивать тоны на плечевой артерии и следить за показателями шкалы манометра	Обеспечение достоверности результата
6. При появлении первых звуков (тоны Короткова) «отметить» на шкале манометра числа и запомнить их — они соответствуют показателям систолического давления	Обеспечение достоверности результата. Значения систолического давления должны совпадать с показателями манометра, при которых исчезла пульсация в процессе нагнетания воздуха в манжету
7. Продолжая выпускать воздух, отметить показатели диастолического давления, соответствующие ослаблению или полному исчезновению громких тонов Короткова. Продолжать аускультацию до снижения давления в манжете на 15—20 мм рт.ст. относительно последнего тона	Обеспечение достоверности результата
8. Округлить данные измерения до 0 или 5, зафиксировать результат в виде дроби (в числителе — систолическое давление; в знаменателе — диастолическое), например 120/75 мм рт.ст. Выпустить воздух из манжеты полностью. Повторить процедуру измерения артериального давления два-три раза с интервалом 2—3 мин. Зафиксировать средние показатели	Обеспечение достоверного результата измерения АД
9. Сообщить пациенту результат измерения. Внимание! <i>В интересах пациента не всегда сообщают достоверные данные, полученные при исследовании</i>	Обеспечение права пациента на информацию
III. Окончание процедуры	Обеспечение инфекционной безопасности
1. Обработать мембрану фонендоскопа спиртом	
2. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Сделать запись, отразив в ней полученные результаты и реакцию пациента	Обеспечение преемственности наблюдения

Примечание. При первом визите пациента следует измерить ему давление на обеих руках, в дальнейшем — только на одной, отмечая, на какой именно. При выявлении устойчивой значительной асимметрии все последующие измерения проводить на руке с более высокими показателями. В противном случае измерения проводят, как правило, на «нерабочей руке».

ИЗМЕРЕНИЕ РОСТА ПАЦИЕНТА

Цель: оценка физического развития.

Показания: поступление в стационар, профилактические осмотры.

Оснащение: ростомер, ручка, история болезни. **Проблема:** пациент не может стоять.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Объяснить пациенту предстоящую процедуру, получить согласие. Оценить возможность пациента участвовать в процедуре	Установление контакта с пациентом. Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре. Соблюдение прав пациента
2. Подготовить ростомер: постелить клеенку или одноразовую салфетку под ноги. Предложить пациенту разуться, расслабиться, женщинам необходимо распустить волосы	Обеспечение профилактики внутри-больничной инфекции. Обеспечение достоверных показателей
II. Выполнение процедуры 1. Предложить пациенту встать на площадку ростомера спиной к стойке со шкалой так, чтобы он касался ее тремя точками (пятками, ягодицами и межлопаточным пространством)	Обеспечение достоверных показателей
2. Встать справа либо слева от пациента	Обеспечение безопасной больничной среды
3. Слегка наклонить голову пациента так, чтобы верхний край наружного слухового прохода и нижний край глазницы располагались на одной линии, параллельно полу	Обеспечение достоверных показателей»
4. Опустить на голову пациента планшетку, зафиксировать ее, попросить пациента опустить голову, затем помочь ему сойти с ростомера. Определить показатели, соответствующие числам, расположенным на уровне нижнего края планшетки	Обеспечение условий для получение результата. Обеспечение охранитель ного режима
5. Сообщить полученные данные пациенту	Обеспечение прав пациента
III. Окончание процедуры 1. Записать полученные данные в историю болезни	Обеспечение преемственности се сестринского ухода

Примечание. Если пациент не может стоять, измерение проводится в положении сидя. Следу предложить пациенту стул. Точками фиксации будут крестец и межлопаточное пространство. И мерьте рост в положении сидя. Зафиксируйте результаты.

ВЗВЕШИВАНИЕ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА

Цель: оценка физического развития, эффективности лечения и ухода.

Показания: профилактические осмотры, заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной и эндокринной систем. **Оснащение:** медицинские весы, ручка, история болезни. **Проблемы:** тяжелое состояние пациента.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Собрать информацию о пациенте. Вежливо представиться ему. Спросить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Объяснить процесс проведения процедуры и правила (натощак; в одной и той же одежде, без обуви; после опорожнения мочевого пузыря и по возможности кишечника). Получить согласие пациента на процедуру. Оценить возможность его участия в ней	Установление контакта с пациентом. Соблюдение прав пациента
2. Подготовить весы: выверить, отрегулировать, закрыть затвор. Постелить клеенку или бумагу на площадку весов	Обеспечение достоверных результатов. Обеспечение инфекционной безопасности
II. Выполнение процедуры 1. Попросить пациента снять верхнюю одежду, разуться и осторожно встать на центр площадки весов. Открыть затвор. Продвигать гири на весах влево до тех пор, пока уровень коромысла не совпадет с контрольным	Обеспечение достоверных показателей
2. Закрыть затвор	Обеспечение сохранности весов
3. Помочь пациенту сойти с весовой площадки	Обеспечение охранительного режима
4. Посмотреть данные. Помните, что большая гиря фиксирует десятки килограммов, а маленькая — граммы в пределах килограмма	С помощью индекса массы тела — индекса Кетеле — можно определить соответствие роста массе тела. Для этого вес нужно разделить на возведенный в квадрат рост и сравнить с приведенными ниже индексами: <i>18—19,9 — меньше нормы; 20—24,9 — идеальная масса тела; 25—29,9 — предожирение; более 30 — ожирение</i>
5. Сообщить данные пациенту	Обеспечение прав пациента
III. Окончание процедуры 1. Убрать с площадки салфетку и выбросить ее в контейнер для мусора. Вымыть и осушить руки	Профилактика внутрибольничной инфекции
2. Занести полученные показатели в историю болезни	Обеспечение преемственности сестринского ухода

Примечание. При отсутствии возможности в текущий момент взвесить пациента, можно манипуляцию отложить, так как она не является жизненно необходимой. В отделениях реанимации, гемодиализа пациентов взвешивают в кровати с помощью специальных весов.

ГЛАВА 2

ИНФЕКЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ. ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ

ПРОВЕДЕНИЕ ДЕЗИНФЕКЦИИ И ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННО ОЧИСТКИ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ В ОДИН ЭТАП РУЧНЫМ СПОСОБОМ

Цель: эффективное обеззараживание и удаление белковых, жировых, механических загрязнений) остатков лекарственных средств для обеспечения действенности последующей стерилизации.

Показания: контакт инструментов и изделий медицинского назначения с биологическими > костями, раневой поверхностью и лекарственными препаратами.

Оснащение: контейнеры с плотно закрывающимися крышками, мерные емкости или дозатор. шприцы и иглы, толстые или «кольчужные» перчатки, медицинский инструментарий, лотки, и из химических соединений, разрешенных к использованию в качестве моюще-дезинфицирующей средства, ватно-марлевые тампоны, ерши, щетки, салфетки.

Условия проведения: наличие вентилируемого помещения, строгое следование методичек(указаниям в отношении сроков использования препаратов и правилам работы с каждым из н

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Надеть защитную одежду	Сохранение здоровья персонала
2. Подготовить оснащение	Эффективность проведения процедуры
3. Приготовить моюще-дезинфицирующий комплекс, например, на основе амиксана: добавить в контейнер с питьевой водой с помощью мерной емкости амиксан из расчета 30 мл на 1 л воды. Перемешать	Обеспечение режима дезинфекционной очистки
II. Выполнение процедуры 1. Погрузить в полученный 3 % рабочий раствор использованный инструментарий: сложный — в разобранном виде; имеющий замковую часть — с раскрытыми замками. Заполнить внутренние каналы игл, трубчатых изделий полученным раствором с помощью шприца. Проследить, чтобы граница уровня жидкости возвышалась над инструментарием более чем на 1 см. Закрыть крышкой. Внимание! <i>Коллющие и режущие инструменты необходимо замачивать в отдельных емкостях</i>	Обеспечение эффективности обеззараживания и очистки. Охрана окружающей среды. Обеспечение безопасности персонала
2. Выдержать экспозицию изделий в течение 15 мин	Обеспечение обеззараживающего эффекта.

3. Снять крышку с контейнера и промыть каждое изделие в растворе с помощью губки, ершей, салфетки или ватно-марлевого тампона, каналы — с помощью шприца	Удаление загрязнений из мест соединения на инструментах, из просветов, полостей, зазоров
4. Поднять перфорированный поддон с инструментарием над контейнером, дать раствору стечь. Поместить поддон с инструментами в раковину под проточную воду и промыть каждое изделие в течение 5 мин	Удаление остатков моющих средств с обработанных изделий
5. Ополоснуть дистиллированной водой (каналы — с помощью шприца или электроотсоса) каждое изделие в течение 0,5 мин	Обессоливание поверхности изделий и профилактика пирогенных реакций
6. Высушить инструменты горячим воздухом в воздушном стерилизаторе при температуре 85 °С до полного исчезновения влаги	Снижение риска контаминации изделий
III. Окончание процедуры 1. Снять перчатки, вымыть руки с мылом под проточной водой	Обеспечение инфекционной безопасности

Примечание. Для проведения дезинфекции и предстерилизационной очистки в один этап можно использовать: аламинол, лизетол АФ, велтолен, дезефект, деконекс денталь, дюльбак, септабик, септодор, септодор форте, виркон, пероксимед, бланизол, анолиты с ЭХО-установки, векс-сайд, ника-экста М, лизофин и другие разрешенные к применению средства.

ГЛАВА 3 ПРИЕМ ПАЦИЕНТА

ОБРАБОТКА ПАЦИЕНТА С ПЕДИКУЛЕЗОМ

Цель: лечебная и профилактическая.

Показания: наличие педикулеза.

Оснащение: дополнительный халат, косынка, 2 непромокаемых фартука, перчатки, клеенка шин с теплой водой, противопедикулезное средство, шампунь, 2 полотенца, расческа (греб таз, целлофановая пелерина, шапочка для душа).

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре	Установление контакта с пациентом
1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией; когда, по какому поводу, как ее перенес	
2. При незнании пациентом цели и последовательности предстоящей процедуры объяснить их ему	Психологическая подготовка к манипуляции
3. Получить его согласие	Соблюдение прав пациента
4. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечение эффективного проведения процедуры
5. Вымыть и осушить руки, надеть дополнительный халат, фартук, перчатки. Постелить на пол клеенку и поставить на нее стул	Обеспечение инфекционной безопасности
6. Помочь пациенту надеть фартук и сесть (если позволяет состояние) на стул, накрыть плечи пациента целлофановой пелериной	Обеспечение инфекционной безопасности пациента
7. Дать в руки пациенту (если это возможно) полотенце и попросить закрыть им глаза. Если пациент не в состоянии держать полотенце, это делает за него помощник, у которого также должны быть дополнительный халат, косынка и перчатки. Развести педикулоцид в соответствии с инструкцией по применению	Исключение попадания педику в глаза пациенту. Обеспечение проведения процедуры и организация безопасности сестры и пациента.
II. Выполнение процедуры	Обеспечение условий для наг
1. Смочить волосы пациента небольшим количеством воды из кувшина (температура воды — 36—37 °С)	педикулоцидного средства

2. Обработать равномерно волосы пациента приготовленным противопедикулоцидным средством (t 27 °С). Покрыть голову пациента шапочкой на 20—60 мин (экспозиция зависит от используемого средства)	Обеспечение качества противопедикулезной обработки
3. Промыть волосы пациента теплой водой, ополоснуть их 6 % раствором столового уксуса (t 27 °С). Разделить волосы на пряди и вычесать частым гребнем каждую прядь. Убрать полотенце, прикрывающее глаза. Высушить и осмотреть волосы пациента. <i>Внимание! При наличии плоских волос в подмышечных впадинах и на лобке сбривают или обрабатывают тем же педикулоцидным средством</i>	Контроль качества обработки. Обеспечение качественной обработки
4. Спросить пациента о самочувствии	Определение реакции пациента на процедуру
III. Окончание процедуры	Обеспечение инфекционной безопасности
1. Сложить белье и одежду пациента в мешок и отправить в дезинсекцию. Снять фартук, халат, перчатки, поместить в мешок для дезинсекции. Вымыть и осушить руки	
2. Сделать отметку о педикулезе: на титульном листе в правом верхнем углу «Медицинской карты стационарного больного» поставить красным карандашом букву «Р»	Обеспечение преемственности дальнейшего контроля и наблюдения за пациентом
3. Заполнить экстренное извещение о выявлении инфекционного заболевания и сообщить в филиал Федерального Государственного учреждения здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии» (Ф. № 058/У), зарегистрировать данные о пациенте в «Журнале учета инфекционных заболеваний» (Ф. № 060/У)	Соблюдение требований контроля внутрибольничной инфекции

Примечание. Если волосы обрабатывать не фосфорорганическими препаратами, а мыльно-порошковой эмульсией, гниды остаются невредимыми, поэтому требуется дополнительная обработка 30 % раствором столового уксуса, подогретого до t 27 °С (20 мин). При выявлении педикулеза у мужчин волосы можно коротко остричь (при согласии пациента). Остриженные волосы собирают в мешок и сжигают. Использованные инструменты и предметы ухода, помещение, где проводилась обработка пациента, дезинсецируют теми же средствами.

ПЕРЕВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА ИЗ ПОЛОЖЕНИЯ НА СПИНЕ В ПОЛОЖЕНИЕ СИМСА

Цель: придание пациенту физиологического положения (выполняется одной или двумя медсестрами; пациент может помочь лишь частично или не может помочь вообще).

Показания: вынужденное или пассивное положение, смена положения при риске развития пролежней или пролежнях.

Оснащение: дополнительная подушка, упор для ног или мешок с песком, валики, половинка резинового мячика.

Примечание: процедура может выполняться как на функциональной, так и на обычной кровати.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре	Установление контакта с пациентом
1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые	
2. Объяснить цель и последовательность проведения процедуры	Обеспечение психологической подготовки пациента к процедуре
3. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдение прав пациента
4. Подготовить оснащение	Обеспечение эффективности процедуры
5. Вымыть и осушить руки. При риске контакта с биологической жидкостью надеть перчатки	Профилактика внутрибольничной инфекции
II. Выполнение процедуры	Обеспечение безопасности пациента и правильной биомеханики тела сестры
1. Закрепить тормоза кровати. Поднять кровать на максимально удобную для работы с пациентом высоту	
2. Опустить боковые поручни (если они есть) с левой стороны от пациента. Перевести изголовье кровати в горизонтальное положение (или убрать подушки)	Обеспечение доступа к пациенту и его безопасности. Обеспечение необходимой выпрямленное™ тела пациента
3. Попросить пациента скрестить руки на груди, передвинуть его ближе к левому краю кровати	Обеспечение достаточного места для переворачивания пациента на бок
4. Сообщить пациенту, что он может помочь медсестре следующим образом: положить левую ногу под правую. Если больной сам не способен на такие действия, медсестре нужно обхватить одной рукой тыл стопы пациента и переместить ее по направлению к тазу, скользя ею по кровати. Одновременно другой рукой, расположенной в подколенной впадине, медсестра приподнимает ногу больного вверх	Обеспечение активного участия пациента. Снижение физической нагрузки на медсестру
5. Поднять боковые поручни. Встать справа от кровати и опустить поручни	Обеспечение безопасности пациента
6. Положить протектор на кровать рядом с пациентом. Встать как можно ближе к кровати, согнуть одну ногу в колене. Поставить колено на протектор. Вторая нога является опорой, если уровень кровати не регулируется	Обеспечение правильной биомеханики тела медсестры. Обеспечение безопасности медсестры и пациента

7. Положить левую руку на левое плечо пациента, а правую руку — на его левое бедро и переместить пациента в положении лежа на боку и частично на животе (на матрасе — лишь часть живота пациента)	Обеспечение правильной биомеханики тела медсестры. Снижение риска падения и трения кожи при перемещении пациента по направлению к медсестре
8. Выдвинуть правое «нижнее» плечо назад и освободить «нижнюю» руку из-под тела пациента, расположив ее вдоль тела. Подложить подушку под голову пациента	Обеспечение выпрямления тела пациента. Уменьшение бокового сгибания шеи
9. Подложить под согнутую «верхнюю» руку подушку на уровне плеча. Расслабленную кисть поместить на половинку мячика	Предотвращение внутреннего вращения плеча. Поддержание необходимой выпрямленное™ тела
10. Подложить под согнутую «верхнюю» ногу подушку так, чтобы нога оказалась на уровне бедра	Предотвращение внутреннего вращения бедра и размещения «верхней» ноги на «нижней». Предупреждение переразгибания ноги. Уменьшение давления матраса на колено и лодыжку
11. Обеспечить упор для нижней стопы под углом 90°	Обеспечение тыльного сгибания стопы. Предотвращение отвисл ости стопы. Обеспечение профилактики пролежней
12. Убедиться, что пациент лежит удобно, расправить простыню. Поднять боковые поручни. Опустить кровать на прежнюю высоту	Обеспечение безопасности пациента
III. Окончание процедуры	Обеспечение инфекционной безопасности
1. Провести дезинфекцию и дальнейшую утилизацию перчаток, если они использовались. Вымыть и осушить руки	
2. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности сестринского ухода

ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ГЕМИПЛЕГИЕЙ В ПОЛОЖЕНИЕ НА ЖИВОТЕ

Цель: придание пациенту физиологического положения (выполняется одной или двумя медсестрами по назначению врача, пациент не может помочь).

Показания: вынужденное или пассивное положение, смена положения при риске развития пролежней или пролежнях.

Оснащение: дополнительная подушка, упор для ног или мешок с песком, валики, упор для стоп, половинка резинового мячика, салфетка.

Примечание: процедура может выполняться как на функциональной, так и на обычной кровати.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре	Установление контакта с пациентом
1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые	
2. Объяснить цель и последовательность проведения процедуры	Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре

3. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдение прав пациента
4. Подготовить оснащение	Обеспечение эффективности процедуры
5. Вымыть и осушить руки. При риске контакта с биологической жидкостью надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
II. Выполнение процедуры	Обеспечение безопасности пациента и правильной биомеханики тела медсестры
1. Закрепить тормоза кровати. Поднять кровать на максимально удобную для работы с пациентом высоту	
2. Опустить боковые поручни кровати (если они есть) с той стороны, к которой обращена парализованная часть тела пациента. Перевести изголовье кровати в горизонтальное положение (или убрать подушки)	Обеспечение доступа к пациенту и его безопасности. Обеспечение необходимой выпрямленное™ тела пациента
3. Скрестить руки пациента на его груди. Передвинуть больного в направлении парализованной стороны тела	Обеспечение достаточного места для переворачивания пациента на живот. Профилактика травматизма парализованной стороны
4. Поместить парализованную ногу пациента на здоровую	Снижение физической нагрузки на медсестру
5. Поднять боковые поручни. Перейти на другую сторону кровати и опустить поручни	Обеспечение безопасности пациента
6. Положить тонкую подушку на место, где будет располагаться живот пациента	Профилактика провисания живота. Снижение переразгибания поясничных позвонков и напряжения мышц поясницы
7. Выпрямить локоть парализованной руки. Прижать ее по всей длине к туловищу. Подсунуть кисть здоровой	Исключение опасности придавливания руки при перемещении пациента! на живот
8. Положить протектор на кровать рядом с пациентом. Встать как можно ближе к кровати, согнуть одну ногу в колене и поставить колено на протектор. Вторая нога является опорой, если уровень кровати не регулируется	Обеспечение правильной биомеханики тела медсестры. Обеспечение безопасности медсестры и пациента
9. Положить левую руку на «дальнее» плечо пациента, а правую руку — на его «дальнее» бедро. Повернуть пациента на живот в сторону медсестры	Обеспечение правильной биомеханики тела сестры. Снижение риска падения и трения кожи при перемещении пациента по направлению к медсестре
10. Повернуть голову пациента набок (в сторону парализованной стороны тела). Подложить тонкую подушку под голову и шею пациента	Снижение сгибания и переразгибания шейных позвонков мышц шеи
11. Согнуть руку, к которой обращена голова пациента, в локтевом суставе на 90°. Расслабленную кисть поместить на половинку мячика, накрытого салфеткой. Другую руку вытянуть вдоль туловища	Предупреждение риска ограничения способности руки совершать наружные вращения вокруг плечевого сустава

12. Согнуть оба колена пациента и подложить подушку под голени, чтобы пальцы не касались постели	Предупреждение длительного переразгибания коленных суставов. Профилактика развития пролежней на пальцах ног
13. Обеспечить упор для стоп под углом 90°	Обеспечение тыльного сгибания стопы
14. Убедиться, что пациент лежит удобно, расправить простыню. Поднять боковые поручни. Опустить кровать на прежнюю высоту	Обеспечение безопасности пациента
III. Окончание процедуры 1. Провести дезинфекцию и дальнейшую утилизацию перчаток, если они использовались. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
2. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности сестринского ухода

РАЗМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ГЕМИПЛЕГИЕЙ В ПОЛОЖЕНИИ ФАУЛЕРА

Цель: придание пациенту физиологического положения (выполняется одной медсестрой).

Показания: кормление (прием пищи самостоятельно), выполнение процедур, требующих данного положения; риск развития пролежней и контрактур.

Оснащение: набор подушек, валики, упор для стоп, половинки резинового мяча (2 штуки), 2 салфетки.

Примечание: процедура может выполняться как на функциональной, так и на обычной кровати.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые	Установление контакта с пациентом
2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения процедуры	Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре
3. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдение прав пациента
4. Подготовить оснащение	Обеспечение эффективности процедуры
5. Вымыть и осушить руки. При риске контакта с биологической жидкостью надеть перчатки	Профилактика внутрибольничной инфекции
II. Выполнение процедуры 1. Закрепить тормоза кровати. Поднять кровать на максимально удобную для работы с пациентом высоту	Обеспечение безопасности пациента и правильной биомеханики тела медсестры
2. Опустить боковые поручни (если они есть) с той стороны, где находится медсестра	Обеспечение доступа к пациенту и его безопасности

3. Убедиться, что пациент лежит на спине посередине кровати. Убрать подушки	Расположение пациента в позиции удобной для перемещения
4. Поднять изголовье кровати под углом 45—60° (или подложить три подушки)	Обеспечение комфортного состояния пациента. Улучшение вентиляции лёгких Обеспечение расслабления пациента.
5. Усадить пациента как можно выше. Подложить под голову небольшую подушку (в том случае, если поднималось изголовье)	Снижение вероятности «заваливания» пациента на парализованную сторону тела. Улучшение вентиляции легких, работы сердца, снижение внутричерепного давления. Обеспечение комфортного приема пищи и жидкое Профилактика аспирации пищи жидкости, рвотных масс. Профилактика напряжения мышц шеи
6. Слегка приподнять вверх подбородок пациента. Отодвинуть верхние конечности пациента от его туловища и подложить под локти и кисти небольшие подушки	Снижение нагрузки на шейный отдел позвоночника. Предупреждение сгибательной контрактуры мышц верхней конечности и пере растяжения капсул плечевого сустава.
7. Положить кисти на половинки резиновых мячей, покрытых салфетками. Подложить пациенту тонкую подушку под поясницу. Согнуть пациенту ноги в коленном и тазобедренном суставах, подложив под нижнюю треть бедра подушку или сложенное одеяло	Сохранение функционального поражения кистей. Предупреждение контрактуры суставов кистей. Снижение нагрузки на поясничный отдел позвоночника. Предупреждение длительного переразгибания коленных суставов и сдавливания подколенной артерии.
8. Подложить пациенту валик под нижнюю треть голени таким образом, чтобы пятки не касались матраса	Профилактика пролежней в области пяток.
9. Обеспечить для стоп упор под углом 90°	Обеспечение тыльного сгибания стопы. Предупреждение отвислости стопы. Сохранение тонуса мышц
10. Убедиться, что пациент лежит удобно, расправить простыню. Поднять боковые поручни. Опустить кровать на прежнюю высоту	Обеспечение безопасности пациент
III. Окончание процедуры	Профилактика внутрибольничной инфекции
1. Провести дезинфекцию и дальнейшую утилизацию перчаток, если они использовались. Вымыть и осушить руки	
2. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности сестринского ухода.

РАЗМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА НА СПИНЕ

Цель: придание пациенту физиологического положения (выполняется одной медсестрой). **Показания:** вынужденное или пассивное положение; риск развития пролежней; гигиенические процедуры в постели.

Оснащение: дополнительная подушка, валики, упор для стоп, две простыни, скатанные в рулон, полотенце.

Примечание: процедура может выполняться как на функциональной, так и на обычной кровати.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре	Установление контакта с пациентом
1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые	
2. Объяснить цель и последовательность проведения процедуры	Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре
3. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдение прав пациента
4. Подготовить оснащение	Обеспечение эффективности процедуры
5. Вымыть и осушить руки. При риске контакта с биологической жидкостью надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
II. Выполнение процедуры	Обеспечение безопасности пациента и правильной биомеханики тела медсестры
1. Закрепить тормоза кровати. Поднять кровать на максимально удобную для работы с пациентом высоту	
2. Опустить боковые поручни (если они есть) с той стороны, где находится медсестра	Обеспечение доступа к пациенту и его безопасности
3. Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придав кровати горизонтальное положение. Снять одеяло. Убедиться, что пациент лежит посередине кровати	Обеспечение правильного положения пациента
4. Придать пациенту правильное положение: а) положить подушку под голову (или поправить оставшуюся); б) расположить руки вдоль туловища ладонями вниз; в) расположить нижние конечности на одной линии с тазобедренными суставами	Обеспечение комфортного положения пациента
5. Подложить небольшую подушку под верхнюю часть плеч и шею	Обеспечение правильного распределения нагрузки на верхнюю часть тела. Предупреждение напряжения мышц шеи
6. Подложить под предплечья небольшие подушки	Облегчение оттока крови. Предупреждение отека кисти
7. Подложить под поясницу небольшое полотенце, свернутое валиком, без складок	Предупреждение переразгибания поясничного отдела позвоночника

8. Подложить валики из скатанной в рулон простыни вдоль наружной поверхности бедер — от области большого вертела бедренной кости и далее	Предотвращение поворота бедра наружу.
9. Подложить небольшую подушку или валик под голень в области ее нижней трети	Предотвращение длительного давления матраца на пятки и образование пролежней
10. Обеспечить упор для поддерживания стоп под углом 90°	Обеспечение тыльного сгибания стоп Предупреждение отвислости стопы
11. Убедиться, что пациент лежит удобно. Расправить простыню, накрыть больного одеялом. Поднять боковые поручни. Опустить кровать на прежнюю высоту	Обеспечение безопасности пациента
III. Окончание процедуры	Обеспечение инфекционной безопасности
1. Провести дезинфекцию и утилизацию перчаток, если они использовались. Вымыть и осушить руки	
2. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности с сестринского ухода

ГЛАВА 5 ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА ПАЦИЕНТА

СМЕНА ПОСТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ ПОПЕРЕЧНЫМ СПОСОБОМ

Цель: поддержание личной гигиены, профилактика внутрибольничной инфекции (процедура выполняется медсестрой и помощником, пациент находится в постели). **Показания:** дефицит самоухода.

Оснащение: комплект чистого белья, мешок для грязного белья, перчатки, емкость с дезинфицирующим раствором.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Объяснить пациенту последовательность процедуры, получить его согласие. <i>Внимание! Если к процедуре привлекаются родственники или другие члены медицинской бригады, следует заранее определить объем вмешательств каждого</i>	Установление контакта с пациентом. Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре. Соблюдение прав пациента
2. Подготовить комплект чистого белья. Скатать чистую простыню как бинт (в поперечном направлении)	Обеспечение инфекционной безопасности и гигиенического комфорта
3. Вымыть руки, при возможном контакте с биологическими жидкостями надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
II. Выполнение процедуры 1. Встать с обеих сторон кровати, опустить изголовье	Обеспечение безопасности пациента и правильной биомеханики тела
2. Медсестре подвести руки под плечи и голову пациента, слегка приподнять его; помощнику — извлечь из-под головы подушку	Обеспечение эффективности процедуры
3. Опустить пациента на кровать. Сменить наволочку	Обеспечение безопасной больничной среды
4. Снять с пациента одеяло, прикрыть его небольшой простыней	Снижение дискомфорта у пациента, находящегося без нательного белья
5. Медсестре приподнять голову и плечи пациента, помощнику скатать грязную простыню со стороны изголовья до середины кровати. На освободившейся части постелить и расправить приготовленную и свернутую валиком чистую простыню	Обеспечение инфекционной безопасности и гигиенического комфорта

6. Положить в изголовье подушку и опустить на нее голову и плечи пациента	Обеспечение физического комфорта
7. Поднять таз пациента (активного больного попросить опереться на ноги и приподняться над кроватью), сдвинуть грязную простыню в направлении стоп, следом расправить чистую, опустить на нее пациента	Обеспечение комфорта и инфекционной безопасности пациента (активное участие пациента в уходе способствует повышению самооценки)
8. Поместить грязную простыню в мешок для белья	Обеспечение инфекционной безопасности
9. Заправить под матрац со всех сторон края чистой простыни	Обеспечение комфорта
10. Снять пододеяльник с одеяла, надеть чистый. Грязный пододеяльник положить в мешок. Укрыть пациента. Заправить одеяло	Обеспечение инфекционной безопасности и гигиенического комфорта
11. Убедиться, что пациент чувствует себя комфортно	Обеспечение психологического комфорта
12. Вынести грязное белье из палаты	Обеспечение инфекционной безопасности
III. Окончание процедуры	Обеспечение инфекционной безопасности
1. Провести дезинфекцию и дальнейшую утилизацию перчаток, если они использовались. Вымыть и осушить руки	
2. Сделать отметку о смене белья в документах	Обеспечение преемственности ухода за пациентом

СМЕНА ПОСТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ ПРОДОЛЬНЫМ СПОСОБОМ

Цель: поддержание личной гигиены, профилактика внутрибольничной инфекции (процедура выполняется медсестрой и помощником, пациент находится в постели). **Показания:** дефицит самоухода.

Оснащение: комплект чистого белья, мешок для грязного белья, перчатки, емкость с дезинфицирующим раствором.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре	Установление контакта с пациентом.
1. Доброжелательно и уважительно представиться пациенту. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Объяснить пациенту цель и последовательность предстоящей процедуры, получить его согласие. Оценить возможность пациента участвовать в процедуре. <i>Внимание! Если к процедуре привлекаются родственники или другие члены медицинской бригады, следует заранее определить объем вмешательств каждого</i>	Психологическая подготовка пациента к предстоящей процедуре. Соблюдение прав пациента. Обеспечение бережного проведения процедуры
2. Подготовить комплект чистого белья. Скатать половину простыни в виде валика по всей длине	Обеспечение инфекционной безопасности и гигиенического комфорта

3. Вымыть и осушить руки, при риске контакта с биологической жидкостью надеть перчатки	Профилактика внутрибольничной инфекции
II. Выполнение процедуры	
1. Встать с обеих сторон кровати, опустить изголовье	Обеспечение безопасности пациента и правильной биомеханики тела
2. Медсестре подвести руки под плечи и голову пациента и слегка приподнять его, помощнику — извлечь из-под головы подушку. Опустить пациента на кровать (без подушки). Снять наволочку с подушки и положить ее в мешок для грязного белья. Надеть чистую наволочку	Обеспечение эффективности проведения процедуры
3. Медсестре снять с пациента одеяло и прикрыть его небольшой простыней	Снижение психологического дискомфорта
4. Медсестре повернуть пациента на бок, лицом к краю кровати, и придерживать его в этом положении. Одновременно проводить наблюдение за его состоянием	Обеспечение возможности смены белья. Профилактика падения пациента
5. Помощнику скатать грязную простыню валиком к спине пациента и расстелить заранее приготовленную и наполовину скатанную чистую простыню, накрывая освободившуюся часть постели	Обеспечение возможности смены белья
6. Помощнику повернуть пациента на спину, затем осторожно — на другой бок, чтобы он оказался на чистой простыне. Придерживать пациента в положении на боку	Обеспечение гигиенического комфорта. Профилактика падения пациента
7. Медсестре скатать грязную простыню и убрать ее в мешок для грязного белья. Раскатать чистую простыню и заправить ее края под матрац	Обеспечение инфекционной безопасности и гигиенического комфорта
8. Повернуть пациента и уложить на спину. Под голову и плечи подложить подушку	Обеспечение комфорта в постели
9. Помощнику снять грязный пододеяльник, положить его в мешок для грязного белья. Надеть чистый. Накрыть пациента. Заправить одеяло	Обеспечение инфекционной безопасности и гигиенического комфорта
10. Убедиться, что пациент чувствует себя комфортно	Обеспечение психологического комфорта
III. Окончание процедуры	
1. Удалить из палаты мешок с грязным бельем. Провести дезинфекцию и дальнейшую утилизацию перчаток, если они использовались. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
2. Сделать отметку о смене белья	Обеспечение преемственности ухода за пациентом

СМЕНА РУБАШКИ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОМУ

Цель: поддержание личной гигиены, профилактика внутрибольничной инфекции. **Показания:** дефицит самоухода.

Оснащение: чистая рубашка, мешок для грязного белья.

Этапы	Обоснование
1. Подготовка к процедуре	Установление контакта с пациентом
1. Доброжелательно и уважительно представиться пациенту. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Объяснить пациенту цель и последовательность предстоящей процедуры, получить его согласие	Подготовка пациента к процедуре. Соблюдение прав пациента
2. Оценить физические возможности пациента	Обеспечение возможности сотрудничества
3. Подготовить чистую рубашку	Обеспечение инфекционной безопасности
4. Вымыть руки. При необходимости надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
II. Выполнение процедуры	Обеспечение безопасности пациента
1. Поднять голову и плечи пациента, помочь ему сесть. Собрать рубашку со спины до затылка, переместить ее через голову на грудь, затем полностью снять с рук. <i>Примечание: пациенту, испытывающему трудности при сидении, смену осуществлять с помощником, который придерживает пациента за плечи; пациенту, прикованному к постели, выполнять процедуру в той же последовательности, только в положении лежа</i>	
2. Положить рубашку в мешок для грязного белья	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Надеть чистую рубашку в обратном порядке: сначала на руки, затем переместить за голову, потом расправить рубашку на спине и груди	Обеспечение физического и гигиенического комфорта
4. Помочь пациенту занять удобное положение. Укрыть пациента. Убедиться, что он чувствует себя комфортно	Обеспечение физического и психологического комфорта
III. Окончание процедуры	Обеспечение инфекционной безопасности
1. Удалить мешок с грязным бельем из палаты. Провести дезинфекцию и дальнейшую утилизацию перчаток, если они использовались. Вымыть и осушить руки	
2. Сделать отметку о смене белья	Обеспечение преемственности уход за пациентом

ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТУ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ СУДНА ИЛИ МОЧЕПРИЕМНИКА

Цель: поддержание личной гигиены пациента (процедура выполняется медсестрой и помощником).

Показания: дефицит самоухода.

Оснащение: 2 пары чистых перчаток, судно, мочеприемник, клеенка, туалетная бумага, ширма, лоток, салфетки, вода, корнцанг.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре	Установление контакта с пациентом. Психологическая и эмоциональная подготовка
1. Доброджелательно и уважительно представиться пациенту. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. При незнании пациентом последовательности проведения предстоящей процедуры объяснить его ему	
2. Получить согласие на проведение процедуры	Соблюдения прав пациента
3. Оценить возможности пациента оказать помощь при перемещении	Обеспечение психологического комфорта больного (активное участие пациента в процедуре способствует сохранению его чувства собственного достоинства)
4. Вымыть руки. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
5. Подготовить необходимое оснащение. Ополоснуть судно теплой водой и оставить в нем немного воды. Убедиться, что поверхность судна сухая. <i>Примечание: если у пациента не нарушена целостность кожных покровов и отсутствуют пролежни в области крестца, можно посыпать тальк на ту часть судна, которая соприкасается с кожей</i>	Обеспечение физического комфорта больного (согревание судна водой предупреждает охлаждение пациента, снижает чувство дискомфорта; вода способствует лучшему удалению каловых масс со дна судна; судно, посыпанное тальком, легче извлекается после использования)
II. Выполнение процедуры	Обеспечение психологического комфорта
1. Отгородить пациента ширмой (при необходимости)	
2. Опустить изголовье. Встать по обе стороны кровати. Медсестре помочь пациенту слегка повернуться на бок. Придерживать его в этом положении, фиксируя за плечи и таз. Помощнику подложить и расправить клеенку под ягодицами пациента	Обеспечение качественного выполнения процедуры
3. Поставить судно на клеенку в непосредственной близости от ягодиц больного, помочь пациенту повернуться на спину (при этом его промежность должна оказаться на судне). <i>Примечание: мужчине при отсутствии самостоятельных действий можно поставить между ногами мочеприемник и бережно опустить в него половой член (при необходимости одновременной подачи судна и мочеприемника или независимо от подачи судна)</i>	Снижение физической нагрузки на медсестру и пациента, связанной с подведением судна под ягодицы

4. Снять перчатки, положить их в лоток для использованного материала	Обеспечение инфекционной безопасности
5. Поправить подушки, приподнять изголовье кровати, укрыть пациента одеялом	Обеспечение комфортного состояния пациента
6. Периодически подходить к пациенту	Обеспечение своевременной реакции медсестры на завершение физиологических отпавлений.
7. После получения сигнала от пациента о завершении опорожнения медсестре опустить изголовье кровати. Повернуть пациента на бок, придерживать его за плечи и таз; помощнику надеть перчатки, убрать судно и накрыть его (судно можно убрать в целлофановый пакет)	Обеспечение правильной биомеханики тела пациента при перемещении на бок. Обеспечение психологической и инфекционной безопасности
8. Медсестре придерживать некоторое время пациента в положении на боку; помощнику вытереть область анального отверстия пациента туалетной бумагой, если больной не может сделать это самостоятельно	Обеспечение безопасности пациента. Снижение чувства зависимости
9. Переместить пациента на спину, подмыть, при необходимости — обеспечить возможность вымыть руки	Обеспечение инфекционной безопасности и гигиенического комфорта
10. Убрать клеенку из-под пациента. Укрыть пациента одеялом, помочь ему занять удобное положение. Убрать ширму (если процедура выполнялась в палате). Убедиться, что пациент чувствует себя комфортно	Обеспечение физического и психологического комфорта
III. Окончание процедуры	Обеспечение инфекционной безопасности
1. Провести дезинфекцию использованных предметов ухода. Вымыть и осушить руки	
2. Сделать запись об опорожнении кишечника или мочевого пузыря в листе наблюдения и о реакции пациента — в документах	Обеспечение преемственности сестринского ухода

УХОД ЗА НАРУЖНЫМИ ПОЛОВЫМИ ОРГАНАМИ МУЖЧИН

Цель: поддержание личной гигиены. **Показания:** дефицит самоухода.

Оснащение: кувшин с теплой (35—37 °С) водой, тазик, махровая рукавичка — 2 штуки, почкообразные лотки, перчатки, ширма, клеенка, пеленка, судно.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре	Установление контакта с пациентом.
1. Доброжелательно и уважительно представиться пациенту. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Объяснить пациенту цель и последовательность предстоящей процедуры, получить его согласие	Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре. Соблюдение прав пациента
2. Подготовить необходимое оснащение. Налить в емкость (тазик) теплую воду	Обеспечение качественного выполнения процедуры

3. Отгородить пациента ширмой (при необходимости)	Обеспечение психологического комфорта
4. Вымыть руки. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
II. Выполнение процедуры	Обеспечение безопасности медсестры и пациента. Предупреждение попадания воды на постельное белье
1. Опустить изголовье кровати, повернуть пациента на бок, подстелить под больного клеенку	
2. Повернуть пациента на спину. Поднять изголовье кровати. Помочь больному занять оптимально удобное положение для проведения процедуры (положение Фаулера, ноги слегка согнуты в коленях и разведены)	Обеспечение физического комфорта
3. Надеть махровую рукавичку на перчатку правой руки	Обеспечение эффективного проведения процедуры
4. Смочить рукавичку в емкости (тазике) с теплой водой, слегка отжать ее.левой рукой оттянуть крайнюю плоть, обнажить головку полового члена и протереть ее влажной рукавичкой	Обеспечение гигиенического комфорта, предупреждение инфекции моче-выводящих путей
5. Смочить рукавичку, слегка отжать ее и протереть мошонку	Предупреждение инфекции моче-выводящих путей. Обеспечение гигиенического комфорта
6. Выполнить очередное ополаскивание рукавички. Протереть паховые складки, область заднего прохода, межъягодичную складку. По окончании процедуры снять рукавичку, поместить в лоток для использованных предметов	Обеспечение гигиенического комфорта
7. Сменить рукавичку на сухую. Осушить половой член, мошонку, паховую область и далее в той же последовательности. Снять использованную рукавичку, поместить в лоток для использованных предметов. <i>Примечание: в стационарах уход за наружными половыми органами чаще осуществляется на судне с помощью корнцанга, стерильных тампонов и кувшина с водой</i>	Обеспечение гигиенического комфорта. Предупреждение инфекции моче-выводящих путей
8. Опустить изголовье кровати, переместить пациента на бок. Убрать клеенку и пеленку в непромокаемый мешок для грязного белья	Обеспечение правильной биомеханики тела, инфекционной безопасности и психологического комфорта
9. Переместить пациента на спину, поднять изголовье. Укрыть пациента. Убедиться, что он чувствует себя комфортно. Убрать ширму. Вынести из палаты мешок с бельем, лоток с рукавичками	Обеспечение гигиенического комфорта
III. Окончание процедуры	Обеспечение инфекционной безопасности
1. Погрузить использованные рукавички в раствор дезинфектанта. Вылить воду из тазика и продезинфицировать его. Снять перчатки и положить их в лоток для использованных материалов с последующей дезинфекцией и утилизацией. Вымыть и осушить руки	
2. Сделать запись в документах о выполнении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности сестринского ухода

УХОД ЗА НАРУЖНЫМИ ПОЛОВЫМИ ОРГАНАМИ И ПРОМЕЖНОСТЬЮ ЖЕНЩИН

Цель: поддержание личной гигиены.

Показания: дефицит самоухода; профилактика пролежней.

Оснащение: емкость с теплой (35—37 °С) водой, почкообразные лотки, перчатки, ширма, клеенка, пеленка, судно, ватные тампоны и марлевые салфетки, корнцанг, кувшин, мешок для грязного белья.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Собрать информацию о пациентке. Доброжелательно и уважительно представиться ей. Уточнить, как к ней обращаться, если медсестра видит пациентку впервые. Объяснить цель и последовательность проведения предстоящей процедуры, получить согласие	Установление контакта с пациенткой. Обеспечение психологической подготовки пациентки к предстоящей процедуре. Соблюдение прав пациентки
2. Подготовить необходимое оснащение. Налить в кувшин теплой воды. Положить в лоток ватные тампоны (салфетки), корнцанг	Обеспечение качественного выполнения процедуры
3. Отгородить пациентку ширмой (при необходимости)	Обеспечение психологического комфорта
4. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки	Профилактика внутрибольничной инфекции
II. Выполнение процедуры 1. Опустить изголовье кровати. Повернуть пациентку на бок. Постелить клеенку и пеленку под пациентку	Предупреждение попадания воды на постельное белье
2. Поставить судно в непосредственной близости от ягодиц пациентки. Повернуть ее на спину так, чтобы промежность оказалась над отверстием судна	Обеспечение безопасной больничной среды
3. Помочь занять оптимально удобное положение для проведения процедуры (положение Фаулера, ноги слегка согнуты в коленях и разведены)	Снижение физической нагрузки на позвоночник и мышцы спины пациентки
4. Встать справа от пациентки (если медсестра правша). Поместить в непосредственной близости от себя лоток с тампонами или салфетками. Закрепить тампон (салфетку) корнцангом	Обеспечение правильной биомеханики тела медсестры
5. Держать кувшин в левой руке, а корнцанг в правой. Лить воду на гениталии женщины, тампонами (меняя их) осуществлять движения сверху вниз, от паховых складок к гениталиям, затем к анусу, обмывая: а) одним тампоном — лобок; б) вторым — паховую область справа и слева; в) далее — правую и левую половые (большие) губы, область анального отверстия, межъягодичную складку. Использованные тампоны сбрасывать в судно	Обеспечение инфекционной безопасности и гигиенического комфорта

6. Осушить промокательными движениями с помощью сухих салфеток лобок, паховые складки, гениталии и область анального отверстия пациентки в той же последовательности и в том же направлении, что и при подмывании, меняя салфетки после каждого этапа	Обеспечение гигиенического комфорта и инфекционной безопасности
7. Повернуть пациентку на бок. Убрать судно, клеенку и пеленку. Вернуть пациентку в исходное положение (на спину). Поместить клеенку и пеленку в непромокаемый мешок	Обеспечение инфекционной безопасности
8. Помочь пациентке занять удобное положение. Укрыть ее. Убедиться, что она чувствует себя комфортно. Убрать ширму	Обеспечение физического и психологического комфорта
III. Окончание процедуры	Обеспечение инфекционной безопасности
1. Опорожнить судно от содержимого и поместить его в емкость с дезинфектантом. Снять перчатки и положить их в лоток для использованных материалов с последующей дезинфекцией и утилизацией. Вымыть и осушить руки	
2. Сделать запись в документах о выполнении процедуры и реакции пациентки	Обеспечение преемственности сестринского ухода

УТРЕННИЙ ТУАЛЕТ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО: УМЫВАНИЕ

Цель: поддержание личной гигиены.

Показания: дефицит самоухода.

Оснащение: емкость с теплой (35—37 °С) водой, полотенце, махровая рукавичка, клеенка, пеленка.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре	
1. Доброжелательно и уважительно представиться пациенту. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Объяснить пациенту цель и последовательность предстоящей процедуры, получить его согласие	Установление контакта с пациентом. Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре. Соблюдение прав пациента
2. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечение качественного выполнения процедуры
3. Вымыть и осушить руки	Профилактика внутрибольничной инфекции
II. Выполнение процедуры	
1. Придать пациенту положение Фаулера, накрыть ему грудь пеленкой	Предупреждение попадания воды на белье пациента. Обеспечение комфортного положения во время процедуры
2. Взять в руки полотенце, половину его смочить в емкости с теплой водой, отжать. <i>Примечание: умывание можно осуществлять махровой рукавичкой</i>	Предупреждение дискомфорта от проводимой процедуры

3. Протереть полотенцем или рукавичкой лоб, веки, щеки, нос, подбородок, шею пациента	Обеспечение гигиенического комфорта
4. Осушить второй половиной полотенца лицо и шею пациента в той же последовательности мягкими промокательными движениями	Обеспечение гигиенического комфорта
5. Снять пеленку с груди пациента, положить в мешок для использованного белья	Обеспечение инфекционной безопасности
6. Помочь пациенту занять удобное положение. Убедиться, что он чувствует себя комфортно	Обеспечение физического комфорта
III. Окончание процедуры	Обеспечение инфекционной безопасности
1. Продезинфицировать предметы ухода за больным	
2. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности сестринского ухода

УТРЕННИЙ ТУАЛЕТ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО: ТУАЛЕТ ПОЛОСТИ РТА

Цель: соблюдение правил личной гигиены.

Показания: дефицит самоухода.

Оснащение: лоток, шпатель, стерильные марлевые салфетки, шарики, пинцет, емкость с антисептическим раствором (2 % раствор натрия гидрокарбоната, фурацилин, раствор перманганата калия) или с кипяченой теплой водой, зубная щетка, клеенка, пеленка, глицерин, перчатки.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре	Установление контакта с пациентом.
1. Доброжелательно и уважительно представиться пациенту. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Рассказать о предстоящей процедуре пациенту, если он в сознании. Получить согласие на процедуру	Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре. Соблюдение прав пациента
2. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечение качественного выполнения процедуры
3. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
II. Выполнение процедуры	Обеспечение комфортного положения во время процедуры
1. Помочь пациенту занять положение Фаулера, если это не противопоказано	
2. Накрыть шею и грудь пациента полотенцем. <i>Примечание: процедуру можно выполнять в положении: пациент лежит на боку или животе (или спине), повернув голову набок</i>	Предупреждение намокания белья пациента. Допустимые положения

3. Приготовить зубную щетку без пасты, смочить ее в растворе соды. <i>Примечание: при отсутствии зубной щетки можно воспользоваться марлевой салфеткой, закрепленной зажимом либо пинцетом</i>	Обеспечение возможности проведения процедуры
4. Обнажить зубы с помощью шпателя. Почистить зубы: последовательно внутреннюю, жевательную и наружную поверхности, выполняя движения вверх-вниз в направлении от задних к передним зубам. Повторить процедуру не менее 2 раз	Обеспечение качества выполнения
5. Удалить остатки жидкости с помощью сухих тампонов	Профилактика аспирации
6. Попросить пациента высунуть язык. Если пациент не может это сделать, то обернуть язык марлевой салфеткой и левой рукой осторожно вытянуть его изо рта	Обеспечение эффективности процедуры
7. С помощью пинцета смочить салфетку в антисептическом растворе и обработать язык, снимая налет в направлении от корня к кончику. Салфетку заменить и повторить обработку в случае необходимости. Отпустить язык. Сбросить салфетки в лоток для использованного материала	Обеспечение качества услуги
8. Новой салфеткой, смоченной в антисептическом растворе, протереть внутреннюю поверхность щек в одном направлении: изнутри наружу. Далее обработать пространство под языком, десны, меняя салфетки по мере загрязнения	Профилактика инфицирования околоушных желез
9. Если язык сухой, смазать его глицерином	Обеспечение качества услуги
10. Нанести на салфетку вазелин и смазать последовательно тонким слоем верхнюю и нижнюю губы	Профилактика образования трещин на губах
11. Убрать полотенце	Обеспечение инфекционной безопасности
12. Снять перчатки, поместить их в лоток для использованного инструментария. Помочь пациенту занять удобное положение. Убедиться, что он чувствует себя комфортно	Обеспечение физического и психологического комфорта
III. Окончание процедуры	Обеспечение инфекционной безопасности
1. Погрузить предметы ухода, инструментарий в дезинфицирующий раствор, утилизировать использованные салфетки. Вымыть и осушить руки	
2. Сделать запись о выполнении процедуры в медицинских документах	Обеспечение преемственности ухода

АППЛИКАЦИЯ - МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ПОЛОСТИ РТА

Цель: гигиеническая и лечебная.

Показания: удаление налета с поверхности языка, воспалительные заболевания полости рта. Оснащение: марлевые салфетки, антисептический раствор, мензурка, перчатки, лотки.

Этапы	Обоснование
<p>I. Подготовка к процедуре</p> <p>1. Доброжелательно и уважительно представиться пациенту. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Объяснить пациенту цель и рассказать о предстоящей процедуре, получить согласие на нее</p>	<p>Установление контакта с пациентом</p> <p>Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре. Соблюдение прав пациента</p>
<p>2. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки</p>	<p>Обеспечение инфекционной безопасности</p>
<p>3. Подготовить необходимое оснащение. В мензурку налить раствор. Погрузить в него стерильную салфетку</p>	<p>Обеспечение качественного выполнения процедуры</p>
<p>II. Выполнение процедуры</p> <p>1. Помочь пациенту занять удобное положение. Попросить его открыть рот</p>	<p>Обеспечение комфортного состояния во время процедуры</p>
<p>2. Осмотреть полость рта. Слегка отжать салфетку и поместить ее на нужный участок (язык, подъязычное пространство, десна, слизистая щек)</p>	<p>Обеспечение непосредственного контакта антисептического раствора с местом воспаления</p>
<p>3. Удалить салфетку через 4—5 мин от момента нанесения препарата и поместить ее в лоток для использованного материала.</p> <p><i>Примечание: многократное повторение процедуры повышает ее эффективность</i></p>	<p>Обеспечение качества ухода и лечения</p>
<p>4. Спросить пациента о самочувствии, убедиться, что он чувствует себя нормально</p>	<p>Обеспечение физического и психологического комфорта</p>
<p>III. Окончание процедуры</p> <p>1. И использованные салфетки и перчатки положить в лотки для использованных материалов с последующей дезинфекцией и утилизацией. Вымыть и осушить руки</p>	<p>Обеспечение инфекционной безопасности</p>
<p>2. Сделать запись о выполнении процедуры в медицинских документах</p>	<p>Обеспечение преемственности ухода.</p>

УТРЕННИЙ ТУАЛЕТ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО: ТУАЛЕТ ГЛАЗ

Цель: соблюдение правил личной гигиены.

Показания: уход за пациентами при дефиците самоухода.

Оснащение: стерильный лоток, стерильные тампоны, стерильный пинцет, емкость с антисептическим раствором (0,02 % раствор фурацилина или 1—2 % раствор натрия гидрокарбоната), емкость для использованных тампонов, перчатки.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре	Установление контакта с пациентом. Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре. Соблюдение прав пациента
1. Доброжелательно и уважительно представиться пациенту. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры, получить согласие на нее	
2. Вымыть и осушить руки	
3. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечение качественного выполнения процедуры
II. Выполнение процедуры	Обеспечение комфортного состояния во время процедуры
1. Помочь пациенту занять удобное положение	
2. Поместить в стерильный лоток 8—10 тампонов, налить в него антисептический раствор	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Надеть стерильные перчатки	Профилактика инфицирования
4. Взять пинцетом тампон из лотка, слегка отжать его, переложить в руку, обработать им ресницы и веко одного глаза по направлению от наружного края к внутреннему	Создание гигиенического комфорта
5. Положить тампон в лоток для использованного материала	Обеспечение инфекционной безопасности
6. Повторить процедуру 4—5 раз, каждый раз меняя тампоны. <i>Примечание: при наличии инфекции обработку начинать со здорового или менее инфицированного глаза</i>	Обеспечение инфекционной безопасности
7. Промокнуть остатки раствора сухими тампонами	Обеспечение гигиенического комфорта
8. Обработать другой глаз в той же последовательности	Обеспечение инфекционной безопасности
9. Помочь пациенту занять удобное положение в постели. Убедиться, что он чувствует себя комфортно	Обеспечение физического и психологического комфорта
III. Окончание процедуры	Обеспечение инфекционной безопасности
1. Замочить использованные тампоны в дезинфицирующем растворе. Снять перчатки, поместить их в лоток для использованных материалов с последующей дезинфекцией и утилизацией. <i>Примечание: если это одна из утренних процедур, перчатки снять после завершения всего комплекса мероприятий по осуществлению утреннего туалета пациента</i>	

2. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Сделать запись в документах о выполнении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности сестринского ухода

УТРЕННИЙ ТУАЛЕТ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО: ТУАЛЕТ НОСА

Цель: поддержание личной гигиены пациента.

Показания: дефицит самоухода.

Оснащение: стерильные ватные турунды в специальной емкости, флакон с физраствором или вазелином (растительным маслом, глицерином), стерильный лоток, стерильная пипетка, перчатки, лоток для использованного материала.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре	Установление контакта с пациентом.
1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Объяснить пациенту предстоящую процедуру, получить согласие на нее	Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре. Соблюдение прав пациента
2. Вымыть и осушить руки	Профилактика внутрибольничной инфекции
3. Подготовить необходимое оснащение. Налить в мензурку приготовленный раствор	Обеспечение качественного выполнения процедуры
II. Выполнение процедуры	Обеспечение комфортного состояния во время процедуры.
1. Помочь пациенту занять удобное положение	
2. Надеть перчатки. Смочить в одном из растворов ватные турунды	Обеспечение качественного выполнения процедуры
3. Ввести в носовой ход (левый) вращательными движениями влажную турунду	Создание гигиенического комфорта
4. По истечении нескольких секунд извлечь турунду. Поместить в лоток для использованных материалов	Обеспечение инфекционной безопасности
5. Повторить процедуру 2—3 раза (при необходимости — больше), меняя турунды	Обеспечение качественного выполнения процедуры
6. Завершить процедуру при отсутствии корочек на очередной турунде	Критерий оценки выполнения процедуры
7. Подобным же образом обработать правый носовой ход. <i>Примечание: для удаления корочек из носа можно предварительно закапать в нос для их размягчения один из вышеперечисленных препаратов или оставить на 2—3 мин в носовой полости смоченные маслом или глицерином турунды. Далее удалить корочки сухими турундами. Использованные турунды поместить в лоток для использованного материала</i>	Обеспечение качественного выполнения процедуры

8. Помочь пациенту занять положение, удобное для пребывания в постели. Убедиться, что он чувствует себя комфортно	Обеспечение физического и психологического комфорта
III. Окончание процедуры	
1. Продезинфицировать и утилизировать использованные турунды	Обеспечение инфекционной безопасности
2. Снять перчатки и положить их в лоток для использованных материалов (они подлежат дезинфекции и утилизации)	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
4. Сделать запись в документах о выполнении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности сестринского ухода

УТРЕННИЙ ТУАЛЕТ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО: ТУАЛЕТ УШЕЙ

Цель: обеспечение личной гигиены.

Показания: дефицит самоухода.

Оснащение: ватные турунды и тампоны, флакон с 3 % раствором перекиси водорода, стерильная пипетка, стерильный лоток, емкость с чистой водой, перчатки, полотенце, лоток для сбора использованного материала.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре	
1. Доброжелательно и уважительно представиться пациенту. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Объяснить пациенту последовательность проведения предстоящей процедуры, получить согласие на нее	Установление контакта с пациентом. Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре. Соблюдение прав пациента
2. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечение качественного выполнения процедуры
II. Выполнение процедуры	
1. Помочь пациенту занять удобное положение. Прикрыть его шею и плечо полотенцем	Обеспечение комфортного состояния во время процедуры
2. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Попросить пациента наклонить голову в сторону, противоположную обработке	Создание гигиенического комфорта
4. Набрать в пипетку 3 % раствор перекиси водорода. Оттянуть левой рукой ушную раковину назад и вверх. Правой рукой закапать в наружный слуховой проход 2—3 капли. Оставить пациента в таком положении на 1—2 мин	Обеспечение размягчения серы и облегчение ее удаления

5. Ввести в слуховой проход вращательными движениями сухую турунду, оттянув при этом ушную раковину назад и вверх. Вывести турунду обратно. Повторить процедуру несколько раз, меняя турунды	Обеспечение физического и гигиенического комфорта
6. Поместить в лоток использованные турунды для проведения последующей дезинфекции и утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
7. Обработать влажным тампоном, смоченным в теплой воде, ушную раковину, затем тщательно просушить ее сухими ватными тампонами. Сбросить использованные тампоны в лоток для последующей утилизации	Обеспечение гигиенического комфорта и инфекционной безопасности
8. Обработать другое ухо таким же образом	Обеспечение качественного выполнения процедуры
9. Помочь пациенту занять положение, удобное для пребывания в постели. Убедиться, что он чувствует себя комфортно	Обеспечение физического и психологического комфорта
III. Окончание процедуры	Обеспечение инфекционной безопасности
1. Подвергнуть дезинфекции использованные предметы ухода и материал	
2. Снять перчатки и положить их в лоток для использованных материалов (они подлежат последующей дезинфекции и утилизации). Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Сделать запись в документах о выполнении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности сестринского ухода

ГЛАВА 6 КОРМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА

КОРМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА В ПОСТЕЛИ С ПОМОЩЬЮ ПОИЛЬНИКА

Цель: обеспечение кормления пациента.

Показания: отсутствие возможности самостоятельно принимать пищу.

Оснащение: поильник, салфетки, емкости с жидкой, гомогенизированной пищей или питательными смесями, стакан теплой кипяченой воды, лоток.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Доброжелательно и уважительно представиться пациенту. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые	Установление контакта с пациентом
2. Объяснить предстоящую процедуру. Рассказать пациенту, чем его будут кормить	Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре. Обеспечение права пациента на выбор. Возбуждение аппетита
3. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдение прав пациента
4. Проветрить помещение. Протереть прикроватный столик и пододвинуть его к кровати или приготовить место на тумбочке	Обеспечение эффективного проведения процедуры
5. Переместить пациента на бок или в положение Фау-лера, если позволяет его состояние	Профилактика аспирации
6. Вымыть и осушить руки	Профилактика внутрибольничной инфекции
7. Подготовить оснащение	Обеспечение качественного выполнения процедуры
II. Выполнение процедуры 1. Прикрыть шею и грудь пациента салфеткой	Предупреждение загрязнения одежды
2. Налить в поильник небольшое количество питательной смеси (t 36—37 °С)	Профилактика аспирации. Обеспечение оптимальной температуры смеси
3. Предложить пациенту взять в рот носик поильника. Слегка наклонить поильник	Облегчение поступления пищи в ротовую полость
4. Рекомендовать пациенту принимать питательную смесь небольшими порциями	Профилактика аспирации

5. Обеспечить пациенту возможность прополоскать рот водой после приема пищи	Ограничение роста бактерий в ротовой полости
6. Убрать салфетку, прикрывающую грудь и шею пациента	Исключение попадания остатков пищи в постель
7. Помочь пациенту занять удобное положение	Обеспечение физического и психологического комфорта
8. Убрать использованное оснащение	Обеспечение психологического комфорта
III. Окончание процедуры	Обеспечение инфекционной безопасности
1. Провести дезинфекцию использованного оснащения. Вымыть и осушить руки	
2. Сделать запись в документах о выполнении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности с сестринского ухода

КОРМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА В ПОСТЕЛИ С ПОМОЩЬЮ ЛОЖКИ

Цель: обеспечение кормления пациента.

Показания: дефицит или полное отсутствие возможности самоухода.

Оснащение: прикроватный столик, ложка, салфетка, емкости с пищей или смесями, стакан теплой кипяченой воды, лоток.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре	Установление контакта с пациентом
1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые	
2. Предупредить пациента о предстоящем приеме пищи за 15 мин и получить его согласие. Рассказать пациенту, чем его будут кормить	Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре. Соблюдение прав пациента. обеспечение права пациента на выбор. Возбуждение аппетита.
3. Проветрить помещение. Протереть прикроватный столик и пододвинуть его к кровати или приготовить место на тумбочке. Вымыть и осушить руки	Обеспечение эффективного проведения процедуры
4. Помочь пациенту занять высокое положение Фаулера или положение сидя с опущенными ногами	Профилактика асфиксии
5. Помочь пациенту вымыть руки, причесаться, поправить одежду	Поддержание чувства собственного достоинства пациента
6. Прикрыть грудь пациента салфеткой	Обеспечение инфекционной безопасности
7. Помочь пациенту установить зубные протезы (при их наличии)	Обеспечение самостоятельного пережевывания

II. Выполнение процедуры 1. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
2. Принести пищу и жидкость, предназначенные для еды и питья: горячие блюда должны быть нагреты до температуры не выше 60 °С, холодные — не ниже 15 °С. Сервировать стол	Обеспечение улучшения аппетита и вкусовых ощущений
3. Спросить пациента, в какой последовательности он предпочитает принимать пищу. Расположить тарелки с пищей в соответствии с пожеланиями пациента	Поддержание чувства собственного достоинства пациента
4. Предложить пациенту выпить (лучше через одноразовую трубочку) несколько глотков жидкости	Снижение сухости во рту. Облегчение пережевывания твердой пищи
5. Кормить медленно: называть каждое блюдо, предлагаемое пациенту; наполнить 2/3 ложки твердой (мягкой) пищей; коснуться ложкой нижней губы, чтобы пациент открыл рот; прикоснуться ложкой к языку, дать возможность пациенту взять пищу в рот, извлечь пустую ложку; дать время прожевать и проглотить пищу; предлагать попить после 3—5 ложек твердой (мягкой) пищи или по требованию	Обеспечение адекватного приема пищи (при гемипарезе пища подносится со здоровой стороны)
6. Вытирать (при необходимости) губы больного салфеткой	Поддержание чувства собственного достоинства пациента
7. Обеспечить пациенту возможность прополоскать рот водой после приема пищи	Ограничение роста бактерий в ротовой полости
8. Убрать салфетку, покрывающую грудь и шею пациента. Проверить состояние постели	Исключение попадания остатков пищи в постель
9. Помочь пациенту занять удобное положение. <i>Примечание: в первые 20—30 мин после еды следует придать пациенту полусидячее (если он сидел) положение</i>	Обеспечение физического и психологического комфорта
10. Посуду и остатки пищи доставить в столовую	Обеспечение психологического комфорта
III. Окончание процедуры 1. Провести дезинфекцию использованного оснащения. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
2. Сделать запись в документах о выполнении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности сестринского ухода

КОРМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА ЧЕРЕЗ НАЗОГАСТРАЛЬНЫЙ ЗОНД

Цель: кормление пациента.

Показания: повреждения и отек языка, глотки, гортани, пищевода, расстройства речи и глотания, отсутствие сознания, отказ от приема пищи при психических заболеваниях и пр.

Противопоказания: атрезия и травмы пищевода, кровотечение из желудка и пищевода, варикозное расширение вен пищевода.

Оснащение: стерильный (лучше одноразовый) зонд 8—10 мл в диаметре, воронка на 200 мл или шприц Жане (лучше одноразовый), дистиллированная вода (физиологический раствор, глицерин), салфетки, зажим, фонендоскоп, 3—4 стакана питательной смеси, стакан теплой кипяченой воды, перчатки.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться. Объяснить цель и последовательность проведения предстоящей процедуры. Получить согласие	Психологическая подготовка пациента к процедуре. Мотивация пациента к сотрудничеству . Соблюдение права пациента на информацию
2. Подготовить оснащение	Обеспечение эффективности проведения процедуры
II. Выполнение процедуры 1. Придать пациенту положение, удобное для кормления (сидя, лежа, положение Фаулера). Прикрыть грудь салфеткой	Обеспечение свободного прохождения зонда
2. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Определить глубину, на которую должен быть введен зонд (можно измерить расстояние от губ до мочки уха и вниз по передней брюшной стенке так, чтобы последнее отверстие зонда было ниже мечевидного отростка; либо от значения роста пациента отнять 100 см), поставить метку	Необходимое условие хтя введения зонда в желудок
4. Смочить зонд водой или обработать его глицерином	Обеспечение свободного продвижения зонда в желудок
5. Ввести зонд через носовой ход на нужную глубину	Обеспечение введения зонда в желудок
6. Набрать 30–40 мл воздуха в шприц Жане и присоединить его к зонду. Ввести воздух в желудок под контролем фонендоскопа (выслушиваются характерные звуки)	Определение местонахождения зонда
7. Отсоединить шприц от зонда и наложить зажим. Свободный конец зонда поместить в лоток	Предупреждение вытекания содержимого желудка
8. Снять зажим с зонда, подсоединить воронку или шприц Жане без поршня и опустить до уровня желудка. Наклонить слегка воронку или шприц Жане и налить пищу, подогретую до 37—38 °С. Постепенно поднимать воронку до тех пор, пока пища не дойдет до устья воронки	Предупреждение попадания воздуха в желудок

9. Опустить воронку до первоначального уровня и ввести следующую порцию пищи	Обеспечение бережного введения всего объема пищи
10. Введение нужного объема смеси проводить дробно, небольшими порциями по 30—50 мл, с интервалами 1—3 мин. После введения каждой порции пережимать дистальный участок зонда	Предупреждение опустошения зонда
11. Промыть зонд кипяченой водой или физиологическим раствором по окончании кормления. Наложить зажим на конец зонда, снять воронку. Обернуть конец зонда стерильной салфеткой или закрыть заглушку, если таковая имеется	Обеспечение инфекционной безопасности
12. Зафиксировать зонд до следующего кормления	Профилактика выпадения зонда
13. Осмотреть постельное белье на случай замены. Помочь пациенту занять удобное положение	Обеспечение физического и психологического комфорта
III. Окончание процедуры	Обеспечение инфекционной безопасности
1. Подвергнуть дезинфекции использованный инструментарий. Снять перчатки и положить их в лоток для использованных материалов (они подлежат последующей дезинфекции и утилизации). Вымыть и осушить руки	
2. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на нее пациента	Обеспечение преемственности ухода

Примечание. Перед проведением последующих кормлений нужно: проверить правильность положения зонда, аспирировать и осмотреть содержимое желудка; осмотреть кожу и слизистые оболочки носовых ходов; проверить качество фиксации зонда. При наличии в аспирационном содержимом крови и признаков нарушения эвакуации содержимого нельзя кормить пациента, следует вызвать врача. Также следует исключить признаки инфицирования и трофических нарушений, связанных с постановкой зонда, а в случае необходимости заменить пластырную повязку.

УХОД ЗА НАЗОГАСТРАЛЬНЫМ ЗОНДОМ

Цель: профилактика трофических и инфекционных осложнений.

Оснащение: шприц Жане, фонендоскоп, лоток, зажим, физиологический раствор, вазелин, емкость для дезинфекции, перчатки, стерильные салфетки, пластырь.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре	
1. Представиться пациенту, уточнить, как к нему обращаться, если вы незнакомы, объяснить цель и последовательность проведения процедуры	Психологическая подготовка пациента к процедуре. Мотивация пациента к сотрудничеству. Соблюдение права пациента на информацию
2. Выяснить, беспокоит ли пациента зонд и насколько	Обеспечение скорейшей адаптации пациента к своему состоянию
3. Обработать руки. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
II. Выполнение процедуры	
1. Осмотреть место введения зонда на предмет признаков раздражения или сдавливания	Обеспечение своевременной диагностики изменений

2. Проверить место расположения зонда: попросить пациента открыть рот, чтобы увидеть зонд в глотке	Обеспечение безопасности пациента
3. Очистить наружные носовые ходы увлажненными физиологическим раствором марлевыми салфетками. Нанести вазелин на слизистую оболочку, соприкасающуюся с зондом	Обеспечение проходимости носовых путей, профилактика высыхания слизистой оболочки
4. Увлажнять полость рта и губы каждые 4 ч. Промывать зонд 20—30 мл физиологического раствора после каждого кормления (и чаще — по назначению врача)	Обеспечение физического и психологического комфорта
III. Окончание процедуры	
1. Проверить фиксацию. Сменить пластырь, если он отклеился или сильно загрязнился	Обеспечение необходимой фиксации и профилактика инфицирования
2. Подвергнуть дезинфекции использованные материалы. Снять перчатки и положить их в лоток для использованных материалов (они подлежат последующей дезинфекции и утилизации). Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Сделать запись в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции на нее пациента	Обеспечение преемственности ухода

Примечание. Критерии оценки качества выполнения процедуры: отсутствие видимых изменений (раздражения) слизистых оболочек носа; свободный проход пищи по зонду во время кормлен! своевременность выполнения процедуры, удовлетворенность пациента качеством оказанной услу]

КОРМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА ЧЕРЕЗ ГАСТРОСТОМУ

Цель: обеспечение кормления пациента.

Показания: наличие гастростомы и отсутствие возможности принимать пищу другими способами!

Оснащение: полотенце, шприц Жане или воронка, емкость с питательной смесью по назначению врача в количестве 200-500 мл, t 38—40 °С, вода кипяченая 100 мл, нестерильные перчат пластырь, мешок для сбора белья, емкость для дезинфекции, стерильные салфетки, гели и мази назначению врача.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре	Установление контакта с пациентом
1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться	
2. Объяснить цель и последовательность проведения предстоящей процедуры пациенту и родственникам, если выполняете ее впервые. Рассказать, чем больного будут кормить	Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре. Обеспечение права пациента выбор. Возбуждение аппетита
3. Убедиться в наличии согласия пациента на проведение процедуры	Соблюдение прав пациента
4. Помочь пациенту занять удобное положение	Обеспечение комфортного положен
5. Вымыть и осушить руки	Профилактика инфекции
6. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечение эффективности процедуру
7. Надеть нестерильные перчатки	Профилактика инфекции

<p>II. Выполнение процедуры</p> <p>1. Снять повязку и поместить ее в лоток для использованного материала. Провести визуальный осмотр наружной части гастростомической трубки (желудочного зонда) и кожи вокруг</p>	<p>Обеспечение инфекционной безопасности</p>
<p>2. Положить полотенце на эпигастральную область, под наружную часть гастростомической трубки</p>	<p>Обеспечение физического и психологического комфорта</p>
<p>3. Присоединить цилиндр Жане к гастростомической трубке (зонду), снять зажим. Налить в шприц, держа его наклонно, нужное количество питательной смеси</p>	<p>Обеспечение безопасного приема пищи</p>
<p>4. Приподнять шприц, дождаться, пока пища уйдет в желудок</p>	<p>Обеспечение естественной скорости поступления пищи</p>
<p>5. Повторять действия до тех пор, пока не будет введен нужный объем пищи</p>	<p>Обеспечение приема всего объема пищи</p>
<p>6. Промыть зонд 30—50 мл теплой кипяченой воды после окончания введения питательных смесей</p>	<p>Ограничение роста бактерий на стенках зонда</p>
<p>Пережать зонд зажимом, отсоединить шприц, закрыть зонд заглушкой</p>	<p>Предотвращение вытекания желудочного содержимого</p>
<p>v Вымыть с мылом кожу вокруг гастростомы и насухо промокнуть салфеткой</p>	<p>Профилактика инфицирования</p>
<p>9. Провести осмотр кожи в области стомы и самой гастростомы на предмет выявления отека или появления свища и других изменений</p>	<p>Своевременная диагностика осложнений</p>
<p>10. Наложить на кожу слой мази, пасты или защитного геля (по назначению врача)</p>	<p>Профилактика мацерации кожи</p>
<p>I 1. Наложить стерильную салфетку или одноразовую запатентованную липкую повязку-наклейку вокруг гастростомической трубки</p>	<p>Профилактика инфицирования</p>
<p>12. Прижать повязку-наклейку, не допуская образования складок вокруг гастростомы</p>	<p>Предупреждение просачивания выделений (желудочного сока) из гастростомы</p>
<p>13. Закрепить наружную часть гастростомической трубки (зонда) поверх повязки. Помочь пациенту занять удобное положение. Удостовериться, что он чувствует себя нормально</p>	<p>Обеспечение физического и психологического комфорта</p>
<p>14. Осмотреть постельное белье на предмет замены в случае необходимости. Убрать полотенце в мешок для использованного белья</p>	<p>Обеспечение психологического комфорта</p>
<p>III. Окончание процедуры</p> <p>1. Поместить использованный инструментарий в емкость для дезинфекции. Снять перчатки и положить их в лоток для использованных материалов (они предназначены для последующей дезинфекции и утилизации). Вымыть и осушить руки</p>	<p>Обеспечение инфекционной безопасности</p>
<p>2.- Сделать запись в документах о выполнении процедуры и реакции пациента</p>	<p>Обеспечение преемственности сестринского ухода</p>

ГЛАВА 7

МЕТОДЫ ПРОСТЕЙШЕЙ ФИЗИОТЕРАПИИ. ГИРУДОТЕРАПИЯ

ПРИМЕНЕНИЕ ГОРЧИЧНИКОВ

Цель: лечебная.

Показания: воспаление верхних дыхательных путей, бронхиальная астма, гипертонический криз, боли в области сердца, миозиты, пневмонии и бронхиты в стадии рассасывания.

Оснащение: 2 лотка, вода t 40—45 °С, полотенце, салфетки, водный термометр, часы, горчичники.

Механизм действия: эфирно-горчичное масло, которое выделяется из горчицы при ее соприкосновении с теплой водой, оказывает сосудорасширяющее, рассасывающее, болеутоляющее действие.

Места постановки горчичников: при бронхитах, пневмонии в стадии рассасывания — на грудную клетку спереди и сзади, при гипертоническом кризе — на воротниковую зону и икроножные мышцы, при болях в сердце — на область сердца.

Избегать: области сосков, молочных желез, позвоночника и родимых пятен.

Противопоказания: кожные заболевания, снижение кожной чувствительности или ее отсутствие, туберкулез легких, легочное кровотечение, высокая лихорадка (выше 38 °С), повышенная чувствительность к запаху горчицы, злокачественные новообразования.

Возможные проблемы пациента: ожог кожи, нарушение комфортного состояния вследствие ожога, ощущение сильного жжения во время процедуры.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес	Установление контакта с пациентом
2. Объяснить пациенту цель и последовательность предстоящей процедуры	Психологическая подготовка к манипуляции.
3. Получить согласие пациента на процедуру	Соблюдение прав пациента
4. Вымыть и осушить руки	Профилактика внутрибольничной инфекции
5. Осмотреть кожу на предмет отсутствия повреждений, гнойничков, сыпи., Уточнить, имеется или нет аллергия на горчицу.	

6. Проверить пригодность горчичников (срок годности поставлен на каждом 10-м горчичнике; горчица должна не осыпаться с бумаги, источать специфический резкий запах). При использовании горчичников, сделанных по другим технологиям (например, пакетированная горчица), проверить срок годности на упаковке. Подготовить необходимое оснащение	Достижение эффективного проведения процедуры
II. Выполнение процедуры	
1. Налить в лоток приготовленную воду t 40—45 °С	При более низкой температуре эфирное горчичное масло не выделяется; при более высокой — разрушается
2. Опустить изголовье. Помочь пациенту снять рубашку и лечь на живот (при постановке горчичников на спину). Попросить его обхватить руками подушку, а голову повернуть набок	Обеспечение правильного положения позвоночника и максимальной фиксации горчичников
3. Погрузить горчичник в теплую воду горчичной стороной вверх не менее чем на 3 с, дать воде стечь	Обеспечение эффективности процедуры
4. Плотно приложить горчичник к поверхности кожи стороной, покрытой горчицей. <i>При смачивании пригодных горчичников сразу появляется острый характерный запах эфирно-горчичного масла. Область постановки зависит от показаний</i>	Обеспечение правильного выполнения процедуры
5. Повторить два предыдущих действия, размещая нужное количество горчичников на коже	Обеспечение эффективности процедуры
6. Укрыть пациента пеленкой, затем одеялом	Исключение переохлаждения. Обеспечение сохранения тепла
7. Уточнить ощущения пациента и степень гиперемии через 2—3 мин, снять горчичники в случае нестерпимого жжения	Обеспечение физической и психологической безопасности пациента
8. Оставить горчичники на 10—15 мин, учитывая индивидуальную чувствительность пациента к горчице	Обеспечение необходимого рефлекторного воздействия
9. Снять горчичники через 10—15 мин и поместить их в лоток для использованных материалов. <i>Примечание: при сильном жжении и повышенной чувствительности кожи горчичники накладывают через бумагу или ткань, при этом сохраняется только тепловой эффект</i>	Обеспечение безопасности пациента (при длительном воздействии горчичников возможен ожог кожи с образованием пузырей)
10. Смочить салфетку в теплой воде и протереть ею кожу, удаляя остатки горчицы	Исключение химического ожога кожи
11. Вытереть кожу насухо полотенцем. Помочь пациенту надеть рубашку, укрыть его одеялом и предупредить, чтобы он оставался в постели еще не менее 20—30 мин	Сохранение эффекта процедуры и обеспечение необходимого отдыха после процедуры
12. Спросить, как пациент себя чувствует	Определение реакции пациента на процедуру

III. Окончание процедуры 1. Утилизировать горчичники. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
2. Сделать запись в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции на нее пациента	Обеспечение преемственности сестринского ухода

ПРИМЕНЕНИЕ ГРЕЛКИ

Цель: лечебная.

Показания: местные воспалительные процессы кожи, подкожной клетчатки и суставов, озноб, переохлаждение, хронические воспалительные процессы в брюшной полости, хронический гастрит и др. (по назначению врача).

Оснащение: резиновая грелка, кувшин с горячей водой t 60—70 °С, пеленка, водный термометр.

Механизм действия: тепло способствует расширению сосудов кожи и подлежащих органов, оказывает согревающее, рассасывающее и болеутоляющее действие.

Противопоказания: острые воспалительные процессы в брюшной полости (острый аппендицит, холецистит, панкреатит, перитонит и др.), внутренние кровотечения, ушибы (в первые часы и сутки), инфицированные раны, высокая лихорадка, опухоли, маститы, тромбозы, повреждение кожных покровов, новообразования.

Возможные проблемы пациента: риск возникновения ожогов в связи с пониженной чувствительностью (или с ее отсутствием) кожи у тяжелобольных; пигментация кожи из-за частого накладывания грелки на одно и то же место; сильное жжение в области соприкосновения кожи с грелкой.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес	Установление контакта с пациентом
2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры	Психологическая подготовка к манипуляции
3. Получить согласие пациента на процедуру	Соблюдение прав пациента
4. Подготовить необходимое оснащение	Достижение эффективности процедуры
5. Вымыть и осушить руки	Профилактика внутрибольничной инфекции
II. Выполнение процедуры 1. Налить в грелку на 2/3 ее объема приготовленную в кувшине воду, слегка сжать грелку у горловины, выпустить воздух и закрутить пробку	Обеспечение лучшего контакта грелки с телом. Профилактика ожогов кожи пациента
2. Перевернуть грелку пробкой вниз, проверить, не выливается ли вода. Обернуть грелку пеленкой	Проверка герметичности. Профилактика перегревания кожи
3. Положить грелку на нужную область тела. При необходимости длительного применения грелки (по назначению врача) менять воду по мере остывания. Каждые 20 мин следует делать 15—20-минутный перерыв	Обеспечение лечебного эффекта. Предупреждение местного перегревания и ожога кожи.

4. Снять грелку	Обеспечение безопасности пациента (продолжительное непрерывное применение грелки может привести к парезу сосудов внутренних органов и тканей)
5. Осмотреть кожу пациента в области соприкосновения с грелкой	Оценка чувствительности кожи: она должна быть слегка гиперемирована
6. Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально	Обеспечение физического и психологического комфорта
III. Окончание процедуры	Обеспечение инфекционной безопасности
1. Вылить воду из грелки. Продезинфицировать грелку. Вымыть и осушить руки	
2. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на нее пациента	Обеспечение преемственности сестринского ухода

ПРИМЕНЕНИЕ ПУЗЫРЯ СО ЛЬДОМ

Цель: лечебная.

Показания: острые воспалительные процессы в брюшной полости, кровотечения внутренние, ушибы, переломы, вывихи в первые часы и сутки, второй период лихорадки, укусы насекомых, мастит, послеоперационный период, сотрясение мозга.

Оснащение: пузырь для льда, полотенце (пеленка), лоток с кусочками льда.

Механизм действия: холод способствует сужению кровеносных сосудов кожи и подлежащих органов, снижает чувствительность нервных рецепторов, оказывает болеутоляющее, кровоостанавливающее, противовоспалительное действие.

Противопоказания: хронические воспалительные процессы, заболевания кожи.

Возможные проблемы пациента: чрезмерное переохлаждение, риск отморожения в связи с длительным воздействием холода на кожу, непереносимость холода.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре	Установление контакта с пациентом
1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес	
2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры	Психологическая подготовка к манипуляции
3. Получить согласие пациента на процедуру	Соблюдение прав пациента
4. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечение эффективного проведения процедуры
5. Вымыть и осушить руки	Профилактика внутрибольничной инфекции

<p>II. Выполнение процедуры</p> <p>1. Заполнить до половины резиновый пузырь подготовленными в морозильной камере кусочками льда и залить холодной водой. <i>Примечание: нельзя замораживать воду, найти в пузырь, в морозильной камере, так как поверхность образовавшегося конгломерата льда велика, и высок риск-обморожения</i></p>	<p>Исключение переохлаждения (отморожения) кожи (тающий лед поддерживает температуру воды 10—12 °С)</p>
<p>2. Положить пузырь на горизонтальную поверхность и завернуть крышку</p>	<p>Обеспечение герметичности. Пузырь принимает плоскую форму</p>
<p>3. Обернуть пузырь пленкой, сложенной вчетверо, и положить на нужный участок тела на 20 мин. Пузырь можно (по мере необходимости) держать длительное время, но через каждые 20 мин необходимо делать перерыв на 10—15 мин. <i>Примечание: при необходимости пузырь со льдом можно подвесить над больным на расстоянии 2—3 см</i></p>	<p>Профилактика переохлаждения и отморожения</p>
<p>4. Сливать воду по мере таяния льда и добавлять кусочки льда</p>	<p>Достижение максимального эффекта процедуры. Предупреждение переохлаждения и отморожения</p>
<p>5. По окончании процедуры воду из пузыря слить</p>	<p>Завершение манипуляции</p>
<p>6. Спросить пациента о самочувствии</p>	<p>Определение реакции пациента на процедуру</p>
<p>III. Окончание процедуры</p> <p>1. Проздезинфицировать пузырь, затем обмыть его водой и высушить (хранить пузырь следует в сухом виде с открытой крышкой). Вымыть и осушить руки</p>	<p>Обеспечение инфекционной безопасности</p>
<p>2. Сделать отметку в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции на нее пациента</p>	<p>Обеспечение преемственности сестринского ухода</p>

ПОСТАНОВКА СОГРЕВАЮЩЕГО КОМПРЕССА

Цель: лечебная

Показания: местные воспалительные процессы кожи, подкожной клетчатки и суставов, гематомы, ушибы (на 2-е сутки после травмы), катаральные отиты.

Оснащение: компрессная бумага, вата, бинт, марлевая салфетка, сложенная в 8 слоев, вода комнатной температуры (22—25 °С) либо этиловый спирт 40—45 % или камфорное масло, почкообразный лоток, ножницы.

Механизм действия: вызывает длительное расширение сосудов, приток крови к подлежащим тканям, оказывает рассасывающее, болеутоляющее действие.

Противопоказания: нарушение целостности кожи, ушибы (в первые часы и сутки), высокая лихорадка; аллергические и гнойные высыпания на коже, новообразования.

Виды: водный, водно-спиртовой, масляный, лекарственный.

Этапы	Обоснование
<p>I. Подготовка к процедуре</p> <p>1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес</p>	Установление контакта с пациентом
2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры	Психологическая подготовка к манипуляции
3. Получить согласие пациента на процедуру	Соблюдение прав пациента
4. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечение эффективного проведения процедуры
5. Вымыть и осушить руки	Профилактика внутрибольничной инфекции
<p>II. Выполнение процедуры</p> <p>1. Отрезать ножницами необходимый (в зависимости от области наложения компресса) для компресса кусок марли и сложить его в 8 слоев. Вырезать кусок компрессной бумаги по периметру на 2 см больше салфетки. Приготовить кусок ваты по периметру на 2 см больше, чем компрессная бумага</p>	Обеспечение эффективного проведения процедуры
2. Сложить слои для компресса на столе, начиная с наружного слоя: внизу — вата, затем — компрессная бумага	Обеспечение эффективного проведения процедуры
<p>3. Налить в мензурку спирт (камфорное масло) или воду комнатной температуры, смочить сложенную марлевую салфетку, слегка отжать ее и положить поверх компрессной бумаги.</p> <p><i>Примечание: при постановке компресса на ухо салфетку и компрессную бумагу следует разрезать в центре</i></p>	Обеспечение эффективности проведения процедуры
<p>4. Все слои компресса последовательно (салфетка — компрессная бумага — слой ваты) положить на нужный участок тела.</p> <p><i>Внимание! Не следует накладывать компресс на кожу, смазанную йодом. Возможен ожог!</i></p>	Обеспечение рефлекторного влияния компресса через хемо- и терморцепторы кожи за счет длительного воздействия
5. Зафиксировать компресс бинтом в соответствии с требованиями десмургии так, чтобы он плотно прилегал к коже, но не стеснял движений. При наложении компресса на ягодичную область фиксировать его лейкопластырем или клеолом.	Обеспечение повседневной жизнедеятельности
6. Напомнить пациенту о времени наложения компресса. Водный компресс ставится на 8—10 ч, полуспиртовой — на 4—6 ч, масляный — на 24 ч	Привлечение пациента к участию в процедуре
7. Вымыть и осушить руки	Профилактика внутрибольничной инфекции
8. Через 1,5—2 ч после наложения компресса пальцем, не снимая повязки, проверить степень влажности салфетки	Определение целесообразности дальнейшего проведения процедуры (оно нецелесообразно, если салфетка высохла)

9. Вымыть и осушить руки	Профилактика внебольничной инфекции
10. Снять компресс через положенное время и поместить использованный перевязочный материал в лоток. К этому времени салфетка, как правило, сухая	Завершение манипуляции
11. Наложить сухую повязку	Профилактика переохлаждения. Продление времени теплового эффекта
12. Спросить пациента о самочувствии	Определение реакции пациента на процедуру
III. Окончание процедуры	Обеспечение инфекционной безопасности
1. Утилизировать использованный материал. Вымыть и осушить руки	
2. Сделать отметку в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции на нее пациента	Обеспечение преемственности сестринского ухода
IV. Проблемы пациента и медсестры	Действия медсестры Проверить, не сместились ли слои компресса
1. Ощущение озноба у пациента после наложения компресса	
2. Сильное жжение в области наложения компресса	Сменить салфетку (возможно, раствор получился большей концентрации)
3. Невозможность сгибания конечности при наложении компресса на сустав	Снять фиксирующий слой и наложить повязку заново, строго соблюдая правила десмургии
4. Посинение конечности в ближайшее время после наложения	Ослабить фиксирующий слой
5. Психологический дискомфорт, связанный с наложением компресса на видимые участки тела	Проследить за тем, чтобы повязка выглядела эстетично
6. Риск смещения повязки при наложении ее на ягодичную область	Зафиксировать лейкопластырем или клеолом

ПОСТАНОВКА ХОЛОДНОГО КОМПРЕССА

Цель: лечебная.

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

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

Механизм действия: охлаждение кожи способствует сужению кровеносных сосудов, снижает чувствительность рецепторов, оказывает болеутоляющее действие.

Противопоказания: травмы и ушибы (2-е сутки).

Этапы	Обоснование
I. Подготовка процедуры	Установление контакта с пациентом
1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес	

2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры	Психологическая подготовка к манипуляции
3. Получить согласие пациента на процедуру	Соблюдение прав пациента
4. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечение эффективности процедуры
5. Вымыть и осушить руки	Профилактика внутрибольничной инфекции
II. Выполнение процедуры	
1. Смочить салфетку в холодной воде, отжать	Обеспечение действия холода на кожу в течение времени
2. Приложить салфетку к поверхности кожи	Обеспечение охлаждения
3. Смочить другую салфетку в емкости с холодной водой, отжать. Менять салфетки каждые 2—3 мин. Продолжительность всей процедуры зависит от состояния пациента	Обеспечение эффективности процедуры
III. Окончание процедуры	
1. Снять мокрую салфетку, кожу просушить сухой салфеткой	Обеспечение физического и психологического комфорта
2. Утилизировать использованные салфетки. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в медицинской документации	Обеспечение преемственности сестринского ухода

ПОСТАНОВКА БАНОК

Цель: лечебная и профилактическая.

Показания: миозиты, радикулиты, межреберные невралгии, пневмонии, бронхиты в стадии рассасывания, застойные пневмонии (профилактика).

Оснащение: лоток с медицинскими банками (от 10 до 20 штук), 70 % раствор этилового спирта, корнцанг или металлический зонд с нарезкой, спички, вата, вазелин, полотенце, марлевые салфетки, шпатель, часы, лоток с водой, станок для бритья.

Механизм действия: усиление крово- и лимфообращения, активизация биосинтеза собственных белков организма.

Противопоказания: легочное кровотечение (кровохарканье), туберкулез легких, заболевания кожи, высокая температура (более 38 °С), злокачественные новообразования, гемофилия, общее истощение пациента, психическое возбуждение пациента, повышенная чувствительность кожи.

Места постановки: области с выраженным мышечным и/или подкожно-жировым слоем: надлопаточная область, межлопаточная область, подлопаточная область, боковые поверхности грудной клетки.

Банки не ставят: на молочные железы, позвоночник, область сердца, лопатки, грудину, родимые пятна, область почек.

Возможные проблемы пациента: риск возникновения ожога, беспокойство, связанное с постановкой банок, негативный настрой к вмешательству.

Этапы	Обоснование
<p>I. Подготовка к процедуре</p> <p>1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес</p>	Установление контакта с пациентом
2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры	Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре
3. Получить согласие пациента на процедуру	Соблюдение прав пациента
4. Проверить целостность краев медицинских банок. Подготовить необходимое оснащение. Сделать плотный фитиль из ваты: надежно закрепить корнцангом вату и обмотать ею концы корнцанга	Профилактика нарушений целостности кожи. Обеспечение эффективного проведения процедуры
5. Вымыть и осушить руки	Профилактика внутрибольничной инфекции
6. Снять рубашку с пациента, освободить необходимый участок тела	Обеспечение возможности проведения процедуры. Соблюдение правил техники безопасности
7. Отрегулировать высоту кровати, опустить изголовье. Помочь пациенту лечь на живот (при постановке банок на спину), предложить повернуть голову в сторону от медсестры, обхватив руками подушку	Обеспечение биомеханики тела медсестры. Обеспечение надежной «фиксации» банок. Обеспечение правильного положения тела
8. Прикрыть голову пациента пеленкой или полотенцем. Сбрить волосы в месте постановки банок, заручившись согласием пациента	Соблюдение правил техники безопасности
II. Выполнение процедуры	
1. Нанести на кожу тонкий слой вазелина	Повышение эластичности кожи. обеспечение герметичности при выполнении процедуры
2. Взять корнцанг в правую руку и смочить фитиль спиртом. Излишки спирта отжать о край флакона. Флакон закрыть крышкой и отставить в сторону	Соблюдение правил противопожарной безопасности
<p>3. Поджечь фитиль и держать его в правой руке. В левую руку (если вы «правша») взять 1—2 банки, быстрым движением на 0,5—1 с внести горящий фитиль в банку (банку следует держать недалеко от поверхности тела) и энергично приложить банку всем утолщенным краем к коже пациента (расстояние между банками должно быть 2—3 см)</p> <p><i>Внимание! Пламя должно только вытеснить воздух из банки, но не накалить ее края, так как в этом случае возможен ожог кожи</i></p>	Обеспечение эффективности процедуры.
4. Повторить предыдущие действия с остальными банками	Обеспечение эффективности процедуры
5. Потушить фитиль, погрузив его в воду	Соблюдение правил противопожарной безопасности

Этапы	Обоснование
6. Провести рукой по банкам (глубина всасывания кожи в банку равна примерно 1/3 от глубины банки)	Проверка степени присасывания банок
7. Прикрыть поставленные банки пеленкой и укрыть пациента одеялом. Попросить полежать в течение 10—15 мин	Обеспечение физического и психологического комфорта
8. Вымыть и осушить руки	Профилактика внутрибольничной инфекции
9. Через 3—5 мин проверить эффективность постановки банок по втяжению кожи (1 см и более) в полость банки. Снять и установить заново одну или несколько банок при отсутствии эффекта выраженного втяжения кожи	Достижение наиболее полного лечебного эффекта
10. Через 10—15 мин поочередно снять банки. Для этого одной рукой слегка отклонить банку в сторону, а пальцем другой руки придавить кожу у края банки. В банку проникнет воздух, и она легко отделится от кожи	Обеспечение безболезненного снятия банок
11. Оценить результат: в местах постановки банок должны быть кровоизлияния округлой формы	Оценка качества выполняемой манипуляции
12. Протереть кожу пациента салфеткой на месте постановки банок	Обеспечение гигиенического комфорта. Снятие остатков вазелина и гари с кожи
13. Помочь пациенту одеться, укрыть его одеялом и предупредить, что он должен оставаться в постели еще 20—30 мин	Обеспечение продолжительного эффекта и безопасности пациента
14. Спросить пациента о самочувствии	Определение реакции пациента на процедуру
III. Окончание процедуры	
1. Вымыть банки теплой водой с мылом, уложить в лоток. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
2. Сделать отметку в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции на нее пациента. <i>Примечание: в клинической практике разрешается альтернативный способ постановки банок (силиконовые банки и метод аппаратной вакуум-терапии)</i>	Обеспечение преемственности сестринского ухода. Достижение клинического эффекта без помощи пламени, снижение материальных затрат, снижение психологического дискомфорта пациента

ПОСТАНОВКА ПИЯВОК (ГИРУДОТЕРАПИЯ)

Цель: лечебная и профилактическая.

Показания: гипертонический криз, глаукома, нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, приступы стенокардии, застойные явления в печени, геморрой, тромбоз, радикулиты.

Оснащение: стерильные шарики и салфетки, непромокаемая пленка (клеенка), горячая кипяченая вода (температура 40—50 °С), 70 % раствор этилового спирта, 3 % раствор перекиси водорода, 5 % раствор глюкозы, емкость с пиявками, медицинская банка или пробирка, пинцет, стерильные салфетки, часы, перчатки, емкость с дезинфектантом, вата, нашатырный спирт, стерильные салфетки, бинт или лейкопластырь, ножницы, 5 % раствор йода, лоток.

Места постановки пиявок: при гипертоническом кризе — на сосцевидный отросток, в 1 см от ушной раковины, при заболеваниях глаз — на височную область на уровне разреза глаз, при приступе стенокардии, предынфарктном состоянии — на область сердца (третье-четвертое-пятое межреберье), при венозном застое в печени — вдоль правого подреберья, при тромбозе — в 1 см от пораженной вены в шахматном порядке, при геморрое — вокруг анального отверстия.

Противопоказания: склонность к кровотечениям, заболевания кожи, аллергические и септические заболевания, анемия, гипотензия, лечение антикоагулянтами.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес	Установление контакта с пациентом
2. Объяснить пациенту цель и последовательность предстоящей процедуры	Психологическая подготовка к манипуляции
3. Получить согласие пациента на процедуру	Соблюдение прав пациента
4. Помочь пациенту занять удобное положение	Обеспечение максимального комфорта
5. Вымыть и осушить руки	Профилактика внутрибольничной инфекции
6. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечение эффективного проведения процедуры
7. Осмотреть место постановки. При необходимости подстелить непромокаемую пленку (клеенку) под предполагаемую область постановки. Надеть перчатки	Обеспечение комфорта и инфекционной безопасности
II. Выполнение процедуры 1. Обработать кожу: а) стерильными ватными шариками, смоченными раствором 70 % этилового спирта (охватить большую площадь кожи, чем та, которая нужна для постановки пиявок); б) стерильными ватными шариками, смоченными в теплой кипяченой воде (протереть кожу до покраснения, меняя шарики 2—3 раза); в) осушить кожу стерильной салфеткой	Обеспечение эффективности процедуры (запах мыла оказывает отпугивающее действие на пиявок и значительно затрудняет работу). Расширение сосудов кожи (она становится теплой) и облегчение начала процедуры

Этапы	Обоснование
Отсадить пинцетом (концы пластин пинцета должны быть обернуты марлевыми салфетками) в медицинскую банку (пробирку) одну пиявку хвостовым концом вниз и поднести банку (пробирку) к коже. Перевернуть банку (пробирку) вверх дном и плотно прижать ее к коже или к слизистой оболочке (в стоматологии, гинекологии)	Профилактика травматизма пиявок. Пиявка, оказавшись в замкнутом пространстве, прокусит кожу и присосется к ней
3. Убрать банку (пробирку), как только станет видно, что пиявка прокусила кожу и совершает волнообразные движения своей передней частью	Волнообразные движения свидетельствуют: пиявка присосалась
4. Подложить под заднюю присоску стерильную салфетку	Предупреждение присасывания пиявки задней присоской, что может значительно снизить активность сосания
5. Повторять вышеперечисленные действия до тех пор, пока не будут поставлены все пиявки	Обеспечение эффективности процедуры
6. Наблюдать за активностью пиявки во время процедуры. Если она не движется, слегка провести по ее поверхности пальцем. Это должно вызвать волнообразное движение пиявки. Если его нет, пиявку нужно снять, проведя по ее поверхности ватным шариком, смоченным нашатырным спиртом	Обеспечение эффективности процедуры. Пиявка не переносит резких запахов
7. По истечении отведенного на процедуру срока снять пиявки способом, описанном в предыдущем пункте	Время постановки пиявок определяет врач. Если пиявки поставлены на час, они отпадут сами, как только насытятся кровью
Поместить пиявки в емкость с дезинфектантом (например, «Дюльбак»)	Обеспечение инфекционной безопасности. Пиявки не подлежат повторному использованию
9. Сменить перчатки. Обработать кожу вокруг раны этиловым спиртом или 5 % спиртовым раствором йода	Профилактика внутрибольничной инфекции
10. Наложить на места укусов стерильные салфетки, используя стерильный пинцет. Поместить поверх салфетки слой ваты. Зафиксировать салфетки и вату бинтом в соответствии с правилами десмургии. Предупредить пациента о возможном промокании повязки. <i>Примечание: если наложение бинта невозможно, то поверх ваты следует наложить салфетку и зафиксировать ее лейкопластырем</i>	Обеспечение психологической безопасности (в течение 6—30 ч после снятия пиявки возможно сильное кровотечение и быстрое промокание повязки)
11. Спросить пациента о самочувствии	Определение реакции пациента на процедуру
<p>III. Окончание процедуры</p> <p>1. Убрать пленку в непромокаемый мешок для дальнейшей дезинфекции и утилизации. Утилизировать пиявки по окончании экспозиции. Продезинфицировать использованное оснащение с последующей утилизацией одноразового. Вымыть и осушить руки</p>	Обеспечение инфекционной безопасности

Этапы	Обоснование
2. Наблюдать за повязкой в течение суток. Сменить повязку в случае намокания	Профилактика внутрибольничной инфекции
3. <i>Через сутки.</i> Надеть перчатки, снять повязку. Если кровотечение остановлено, рану и кожу вокруг нее обработать 70 % раствором этилового спирта, остатки крови удалить 3 % раствором перекиси водорода. Наложить сухую асептическую повязку <i>Внимание! Если ранки кровоточат более суток, их обрабатывают крепким раствором калия перманганата и накладывают давящую повязку</i>	Обеспечение инфекционной безопасности и заживление ран первичным натяжением.
4. Спросить пациента о самочувствии	Определение реакции пациента на процедуру
5. Снять перчатки, вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
6. Сделать отметку в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности сестринского ухода
IV. Проблемы пациента и медсестры 1. Низкая активность пиявки	Действия медсестры Слегка провести по поверхности пиявки пальцем или пинцетом
2. Кровотечение вследствие неправильной постановки пиявок	Наложить на рану обычную давящую повязку
3. Отказ от манипуляции. Психологический дискомфорт, связанный с чувством страха перед постановкой пиявок, болезненностью процедуры, возможным инфицированием. Брезгливость пациента по отношению к виду пиявок	Провести психотерапевтическую беседу. Обеспечить встречу с пациентами, перенесшими эту процедуру

ПОДАЧА УВЛАЖНЕННОГО КИСЛОРОДА ЧЕРЕЗ НОСОВОЙ КАТЕТЕР

Цель: устранить гипоксию тканей.

Показания: заболевания органов кровообращения и дыхания.

Оснащение: дозиметр, вода или 96 % этиловый спирт, стерильный носовой катетер, стерильный глицерин, лоток, бинт, лейкопластырь, стерильные перчатки, шпатель, ножницы. Противопоказания: определяет врач.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес	Установление контакта с пациентом
2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения процедуры	Психологическая подготовка к манипуляции

3. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдение прав пациента
4. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечение эффективного проведения процедуры
5. Определить длину, на которую должен быть введен носовой катетер (расстояние от мочки уха до кончика носа)	Обеспечение попадания струи кислорода в верхние дыхательные пути
6. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
7. Вскрыть упаковку, извлечь катетер и обработать глицерином	Обеспечение продвижения катетера через носовой ход
II. Выполнение процедуры	Обеспечение попадания кислорода в дыхательные пути
1. Ввести катетер в нижний носовой ход до нужной метки (примерно 15—18 см)	
2. Осмотреть зев и убедиться, что конец катетера виден при осмотре	Обеспечение нахождения катетера в дыхательных путях
3. Закрепить катетер на щеке и крыле носа пациента лейкопластырем (катетер не должен выпадать из носового хода и причинять неудобства)	Обеспечение фиксации катетера
4. Соединить катетер с дозиметром, заполненным водой или этиловым спиртом (при отеке легких)	Исключение высыхания слизистых оболочек носового хода и ожога дыхательных путей
5. Открыть вентиль дозиметра и отрегулировать скорость поступления кислорода по назначению врача. <i>Примечание: катетер может находиться в полости носа не более 12 ч</i>	Обеспечение назначенной врачом скорости подачи кислорода. Профилактика развития пролежней
6. Извлечь катетер и осмотреть слизистую оболочку носа пациента	Выявление возможного раздражения слизистой оболочки носа
7. Помочь пациенту занять удобное положение. Спросить о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально	Обеспечение физического и психологического комфорта
III. Окончание процедуры	Обеспечение инфекционной безопасности
1. Провести дезинфекцию оснащения и утилизацию одноразового инструментария. Вымыть и осушить руки	
2. Сделать запись в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции на нее пациента	Обеспечение преемственного сестринского ухода

Примечание. Подачу кислорода можно осуществлять через носовую канюлю или воронку.

ГЛАВА 8 ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

ЗАКАПЫВАНИЕ В НОС МАСЛЯНЫХ КАПЕЛЬ

Цель: лечебная.

Показания: по назначению врача.

Оснащение: лекарственное средство, пипетка, маска, салфетки, лоток для использованного материала.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес	Установление контакта с пациентом
2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры	Психологическая подготовка к манипуляции
3. Получить согласие пациента на процедуру	Соблюдение прав пациента
4. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечение эффективного проведения процедуры
5. Вымыть и осушить руки. Надеть маску	Профилактика внутрибольничной инфекции
II. Выполнение процедуры 1. Попросить пациента без напряжения, с помощью салфеток, поочередно через каждую ноздрю освободить носовую полость от слизи	Создание условий для прохождения масляных капель через носовую полость. Предупреждение инфицирования среднего уха
2. Попросить пациента лечь и слегка запрокинуть голову	Создание условий для попадания масляного раствора на заднюю стенку глотки
3. Набрать в пипетку масло. Приподнять кончик носа пациента и закапать в каждый нижний носовой ход по 5—6 капель	Введение лекарственного средства
4. Поместить пипетку в лоток для использованного материала	Обеспечение инфекционной безопасности

5. Попросить пациента полежать несколько минут	Обеспечение прохождения необходимого времени для попадания масла на заднюю стенку глотки
6. Спросить у пациента, чувствует ли он вкус капель	Вкус ощущается при попадании масла на заднюю стенку глотки
7. Помочь пациенту сесть, спросить его о самочувствии	Определение реакции пациента на процедуру
III. Окончание процедуры 1. Погрузить пипетку в емкость с дезинфектантом. Снять маску. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
2. Сделать запись в журнале о введении лекарственного средства и в медицинских документах — о реакции пациента	Обеспечение преемственности сестринского ухода

ЗАКАПЫВАНИЕ В НОС СОСУДОСУЖИВАЮЩИХ КАПЕЛЬ

Цель: лечебная.

Показания: по назначению врача.

Оснащение: лекарственное средство, пипетка (если у флакона нет вмонтированной пипетки), салфетки, маска.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес	Установление контакта с пациентом
2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры	Психологическая подготовка к манипуляции
3. Получить согласие пациента на процедуру	Соблюдение прав пациента
4. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечение эффективного проведения процедуры
5. Вымыть и осушить руки. Надеть маску	Профилактика внутрибольничной инфекции
II. Выполнение процедуры 1. Помочь пациенту занять удобное положение сидя	Облегчение проведения процедуры
2. Попросить пациента без напряжения, с помощью салфеток, поочередно через каждую ноздрю освободить носовую полость от слизи	Создание условий для прохождения масляных капель через носовую полость. Предупреждение инфицирования среднего уха
3. Набрать в пипетку лекарственное средство. Попросить пациента слегка запрокинуть голову, склонить ее к правому плечу	Обеспечение правильного положения головы для введения лекарственного средства в левую половину носа

4. Приподнять кончик носа пациента	Создание условия для попадания лекарственного средства в носовую полость
5. Закапать в левую половину носа 2—3 капли лекарственного средства	Введение лекарственного средства
6. Попросить пациента прижать пальцами крыло носа к перегородке и сделать легкие вращательные движения	Создание условий для лучшего перераспределения и всасывания лекарственного средства в носовой полости
7. Закапать капли во вторую ноздрю, повторив те же действия	Введение лекарственного средства
8. Поместить пипетку в лоток для использованного материала	Профилактика внутрибольничной и инфекции
9. Помочь пациенту занять удобное положение, спросить о самочувствии	Определение реакции пациента процедуру
III. Окончание процедуры	Обеспечение инфекционной безопасности
1. Погрузить пипетку в емкость с дезинфектантом. Снять маску. Вымыть и осушить руки	
2. Сделать запись в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции на нее пациента	Обеспечение преемственности сестринского ухода

ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА ПРИМЕНЕНИЮ КАРМАННОГО ИНГАЛЯТОРА

Цель: лечебная, учебная.

Показания: заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной системы.

Оснащение: 2 карманных ингалятора: один — использованный, второй — с лекарственным веществом.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре	Установление контакта с пациентом!
1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые	
2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения процедуры	Психологическая подготовка к предстоящей процедуре
3. Получить согласие пациента на процедуру	Соблюдение прав пациента
4. Подготовить 2 ингалятора, убедиться в соответствии лекарственного средства назначенному врачом, проверить срок годности	Исключение ошибочного введения лекарственного средства
5. Вымыть и осушить руки	Профилактика внутрибольничной инфекции
II. Выполнение процедуры	Формирование знаний и умений.
1. Для обучения пациента выполнению процедуры использовать ингаляционный баллончик без лекарственного препарата. Усадить пациента, но если его состояние позволяет, лучше ему находиться в положении стоя, так как дыхательная экскурсия при этом эффективнее	Обеспечение эффективности процедуры

2. Снять с ингалятора защитный колпачок	Подготовка к процедуре
3. Перевернуть баллончик с аэрозолем вверх дном и встряхнуть его	Обеспечение эффективности процедуры
4. Попросить пациента сделать глубокий выдох	Обеспечение попадания лекарственного вещества как можно глубже в дыхательные пути
5. Попросить пациента слегка запрокинуть голову назад. Вставить мундштук ингалятора пациенту в рот. Попросить пациента плотно обхватить мундштук губами	Обеспечение лучшего доступа лекарственного вещества. Снижение потерь средства
6. Попросить пациента сделать глубокий вдох через рот, одновременно нажимая на дно баллончика, и задержать дыхание на 5—10 с	Введение лекарственного вещества в дыхательные пути. Обеспечение достижения терапевтического эффекта
7. Извлечь мундштук ингалятора изо рта пациента. Попросить пациента сделать спокойный выдох. Перевернуть баллончик и закрыть его защитным колпачком	Завершение процедуры. Обеспечение эффективного хранения
8. Проконтролировать самостоятельное выполнение процедуры пациентом с действующим ингалятором	Контроль сформированных знаний и умений
III. Окончание процедуры	
1. Провести дезинфекцию мундштука использованного ингалятора. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
2. Сделать запись в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции на нее пациента	Обеспечение преемственности сестринского ухода

ВВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТУ СУППОЗИТОРИЯ СО СЛАБИТЕЛЬНЫМ ДЕЙСТВИЕМ

Цель: лечебная.

Показания: назначение врача.

Оснащение: перчатки, суппозиторий, клеенка, пеленка, туалетная бумага, ширма, дезинфицирующий раствор

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес	Установление контакта с пациентом
2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры	Психологическая подготовка к манипуляции
3. Получить согласие пациента на процедуру	Соблюдение прав пациента

4. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечение эффективного проведения процедуры
5. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки	Профилактика внутрибольничной инфекции
II. Выполнение процедуры	Предупреждение ошибочного введения лекарственного препарата
1. Взять упаковку с суппозиториями из холодильника, прочитать название, отрезать от ленты одну свечу	
2. Отгородить пациента ширмой (если в палате присутствуют другие пациенты)	Соблюдение прав человека
3. Помочь пациенту лечь на бок и согнуть ноги в коленях	Соблюдение правил введения лекарственного вещества
4. Вскрыть упаковку с суппозиториями. Если упаковка мягкая, то суппозиторий из оболочки не извлекать!	Предупреждение таяния свечи
5. Попросить пациента расслабиться. Развести ягодицы пациента одной рукой, а другой ввести в анальное отверстие суппозиторий, продвинув его за наружный сфинктер прямой кишки. Оболочка остается в руке медсестры	Обеспечение эффективности процедуры
6. Предложить пациенту лечь в удобное для него положение. Убрать ширму	Обеспечение физиологического комфорта. Соблюдение правил введения суппозитория
7. Спросить пациента о самочувствии	Определение реакции пациента на процедуру
III. Окончание процедуры	Обеспечение инфекционной безопасности
1. Снять перчатки и замочить их в дезинфицирующем растворе с последующей утилизацией. Вымыть и осушить руки	
2. Сделать запись в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции на нее пациента	Обеспечение преемственности сестринского ухода
3. Спросить пациента через несколько часов, была ли у него дефекация	Оценка эффективности процедуры
4. Сделать запись о результате	Обеспечение преемственности сестринского ухода

НАБОР ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА ИЗ АМПУЛЫ

Цель: выполнить инъекцию.

Показания: инъекционные способы введения лекарственных растворов.

Оснащение: стерильный шприц в собранном виде, стерильный лоток, емкость для использованного материала, стерильный пинцет, тетрадь назначений процедурной сестры, лекарственные препараты в ампулах, пилочки, бикс со стерильным перевязочным материалом, спирт 70°, перчатки стерильные.

Этапы	Обоснование
1. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала
2. Взять ампулу, внимательно прочитать название лекарственного раствора, дозу, срок годности. Сверить с назначением врача	Предупреждение ошибочного введения лекарственного препарата
3. Переместить лекарственный раствор из узкой части ампулы в широкую. Для этого необходимо одной рукой взять ампулу за дно, а пальцами другой произвести легкие удары по узкому концу ампулы	Исключение потери лекарственного препарата
4. Надпилить ампулу в центре ее узкой части	Профилактика травматизма пальцев медсестры
5. Обработать ватным шариком, смоченным спиртом, место надпила и отломить конец ампулы в противоположную сторону. Выбросить шарик и осколки в емкость для использованного материала	Обеспечение инфекционной безопасности пациента
6. Взять шприц в правую руку так, чтобы были видны деления. Захватить вскрытую ампулу между II и III пальцами левой рукой так, чтобы вскрытая часть была обращена внутрь ладони. Ввести иглу в ампулу. Перехватить шприц I, IV, V пальцами левой руки	Обеспечение эффективного проведения процедуры
7. Переместить правую руку на поршень и набрать нужное количество раствора. Следить, чтобы срез иглы был постоянно погружен в раствор	Исключение потери лекарственного препарата
8. Снять ампулу с иглы и поместить ее в нестерильный лоток	Обеспечение инфекционной безопасности пациента
9. Сменить иглу. Если игла одноразового использования, надеть на нее колпачок. Вытеснить воздух из шприца в колпачок	Проверка проходимости иглы
10. Положить в стерильный лоток шприц, стерильные ватные шарики, смоченные спиртом. Накрыть все стерильной салфеткой, если шприц многоразовый. <i>Примечание: шприц можно поместить в крафт-пакет или упаковку от одноразового шприца</i>	Обеспечение инфекционной безопасности

РАЗВЕДЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ

Оснащение: флакон с лекарственным препаратом (антибиотиком), растворитель (0,9 % раствор натрия хлорида, вода для инъекций), стерильный шприц с иглами, стерильные ватные шарики смоченные 70 % раствором спирта, лоток, перчатки, пинцет, бикс со стерильными салфетками.

Этапы	Обоснование
1. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности, предохранение кожи рук сестры от контакта с лекарственным средством
2. Прочитать надпись на флаконе (наименование, доза, срок годности)	Исключение ошибочного введения лекарственного средства
3. Вскрыть нестерильным пинцетом алюминиевую крышку или снять пластиковую в центре флакона с лекарственным препаратом и растворителем	Обеспечение доступа к резиновой пробке. Профилактика повреждения иглы
4. Обработать ватным шариком, смоченным спиртом, резиновую пробку флакона	Снижение обсемененности пробки микроорганизмами
5. Набрать в шприц нужное количество растворителя. Если ампулы с растворителем прилагаются к флакону с порошком, следует использовать одну из них <i>Примечание: при разведении антибиотиков на 0,1 г (100 000 ЕД) следует взять 1 мл или 0,5 мл растворителя</i>	Необходимое количество жидкости для растворения порошка указано в аннотации к препарату. Неправильно выбранный растворитель может изменить лекарственное средство и стать причиной аллергической реакции
6. Взять шприц в правую руку. Проколоть иглой резиновую пробку флакона, не касаясь порошка, и ввести растворитель	Условия для введения растворителя во флакон. Обеспечение лечебной концентрации
7. Снять флакон вместе с иглой с подыгольного конуса и, слегка встряхивая флакон, добиться полного растворения порошка	Растворение в жидкости всего порошка, обеспечение набора в шприц необходимой дозы
8. Надеть иглу с флаконом на подыгольный конус	Обеспечение забора содержимого из флакона
9. Набрать в шприц все содержимое флакона или его часть (количество определяется разовой дозой)	При разведении антибиотиков во флаконе может оказаться не одна разовая доза
10. Снять флакон вместе с иглой с подыгольного конуса	Отсоединение пустого флакона
11. Надеть и хорошо закрепить на подыгольном конусе иглу для инъекций	Для внутримышечной инъекции иглы подбираются в зависимости от толщины подкожной клетчатки пациента и места инъекции
12. Поднять шприц строго в вертикальное положение. Выпустить через иглу 1—2 капли раствора в колпачок от одноразовой иглы	Проверка проходимости иглы для инъекции. Исключение загрязнения окружающей среды. Снижение риска развития аллергических реакций у сестры.
13. Положить в стерильный лоток шприц, ватные шарики, смоченные спиртом	Подготовка к инъекции. Обеспечение инфекционной безопасности

ВЫПОЛНЕНИЕ ВНУТРИКОЖНОЙ ИНЪЕКЦИИ

Цель: диагностическая.

Показания: назначение врача.

Оснащение: шприц вместимостью 1 мл с лекарственным препаратом (специально градуированный) и иглой 15 мм, стерильные шарики, смоченные 70 % раствором спирта, в стерильном лотке, перчатки, емкости для дезинфекции использованного инструментария, пластиковый контейнер для дезинфекции игл (иглоотсекатель).

Место введения: средняя треть передней (внутренней, ладонной) поверхности предплечья.

Возможные проблемы пациента: отказ от манипуляции; психологический дискомфорт перед болезненностью инъекции, возможным инфицированием, аллергической реакцией; несоблюдение правил проведения процедуры.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес	Установление контакта с пациентом
2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры	Психологическая подготовка к манипуляции
3. Получить согласие пациента на процедуру	Соблюдение прав пациента
4. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала
5. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечение эффективного проведения процедуры
II. Выполнение процедуры 1. Помочь пациенту занять удобное положение, при котором хорошо доступна передняя поверхность предплечья	Обеспечение правильного положения руки во время инъекции
2. Надеть перчатки (если они уже надеты — обработать их ватным шариком, смоченным спиртом)	Создание защитного барьера для профилактики перекрестной инфекции
3. Обработать место инъекции двумя шариками со спиртом. Мазки делать в одном направлении. Подождать, пока спирт высохнет	Профилактика постинъекционных осложнений
4. Растянуть кожу в месте инъекции, захватив ее в складку левой рукой со стороны, противоположной инъекции	Облегчение введения иглы в кожу. Снижение болезненности прокола
5. Взять шприц в правую руку (I, III, IV пальцы на цилиндре, пятый палец придерживает поршень, второй палец — на канюле иглы, сбоку или сверху)	Обеспечение правильного положения шприца во время инъекции
6. Ввести иглу срезом вверх под углом 0—5°, почти параллельно коже, так, чтобы срез иглы скрылся в толще эпидермиса	Обеспечение введения лекарственного препарата непосредственно внутрь кожи

7. Перенести на поршень левую руку и, надавливая на него, ввести лекарственный препарат. <i>Примечание: на месте инъекции должно возникнуть уплотнение белесоватого цвета</i>	Введение препарата
8. Извлечь иглу. К месту инъекции ничего не прикладывать. Объяснить пациенту, что на место инъекции не должна попадать вода в течение 1—3 сут	Обеспечение диагностической цели
9. Поместить шприц в лоток. <i>Внимание! Никаких действий со шприцем не проводить до его дезинфекции</i>	Профилактика инфекции и травматизма медицинских работников
10. Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально	Обеспечение психологически комфортного состояния. Определение реакции пациента на процедуру
III. Окончание процедуры 1. Провести дезинфекцию и утилизацию одноразового инструментария. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
2. Сделать запись в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции на нее пациента	Обеспечение преемственности сестринского ухода

ВЫПОЛНЕНИЕ ПОДКОЖНОЙ ИНЪЕКЦИИ

Цель: введение лекарственного средства под кожу.

Показания: назначение врача.

Оснащение: шприц емкостью 1—2 мл с лекарственным веществом и иглой 20 мм, стерильные ватные шарики, смоченные 70 % раствором спирта, в стерильном лотке, перчатки, емкости для дезинфекции использованного инструментария, пластиковый контейнер (иглоотсекатель) для дезинфекции и утилизации игл.

Места введения: наружная поверхность плеча, подлопаточная область, передненаружная поверхность бедра, переднебоковая поверхность брюшной стенки.

Возможные проблемы пациента: отказ от манипуляции; психологический дискомфорт из-за страха; перед болезненностью инъекции, возможным инфицированием, аллергической реакцией; развита! инфильтрата.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес	Установление контакта с пациентом
2. Объяснить пациенту цель и последовательность предстоящей процедуры	Психологическая подготовка к манипуляции
3. Получить согласие пациента на процедуру	Соблюдение прав пациента
4. Вымыть руки (гигиенический уровень)	Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала
5. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечение эффективного проведения процедуры

<p>II. Выполнение процедуры</p> <p>1. Помочь пациенту занять удобное положение, при котором хорошо доступна предполагаемая область инъекции. Попросить пациента освободить ее от одежды</p>	Соблюдение правил выполнения инъекции
<p>2. Путем осмотра и пальпации определить непосредственное место инъекции</p>	Профилактика осложнений после инъекций
<p>3. Надеть перчатки (если они уже надеты, обработать их ватным шариком, смоченным спиртом)</p>	Обеспечение инфекционной безопасности
<p>4. Обработать кожу двумя ватными шариками, смоченными спиртом: 1-м шариком обработать большую область инъекционного поля, 2-м — непосредственно место инъекции. 2-й шарик поместить между IV и V пальцами левой руки или под мизинец. Дать спирту высохнуть</p>	Профилактика постинъекционных осложнений. При необходимости можно использовать дополнительные ватные шарики
<p>5. Взять шприц в правую руку: указательным пальцем придерживать канюлю иглы; I, III, IV пальцами обхватывать цилиндр</p>	Обеспечение правильного положения шприца во время инъекции
<p>6. I и II пальцами левой руки захватить кожу в месте инъекции в складку и ввести иглу под углом 45° в основание кожной складки на глубину 15 мм. <i>Примечание: при введении масляных растворов потянуть поршень на себя и убедиться, что в шприц не поступает кровь</i></p>	Обеспечение попадания лекарственного средства в подкожную клетчатку. Профилактика медикаментозной эмболии
<p>7. Перенести левую руку на поршень и ввести лекарственное средство (скорость введения средняя)</p>	Уменьшение болезненности в месте введения
<p>8. Прижать ватным шариком к месту инъекции и быстро извлечь иглу</p>	Уменьшение болезненности в месте введения
<p>9. Провести легкий массаж места инъекции, не отнимая ватный шарик от кожи</p>	Улучшение всасывания лекарственного средства в месте инъекции. Профилактика образования гематомы
<p>10. Поместить ватные шарики, шприц в лоток для использованного материала. <i>Внимание/Никаких действий со шприцем не проводить до его дезинфекции!</i></p>	Профилактика инфекции и травматизма медицинских работников

Обеспечение психологически комфортного состояния. Определение реакции пациента на процедуру

III. Окончание процедуры

1. Провести дезинфекцию и утилизацию одноразового инструментария в соответствии с методическими указаниями. Вымыть и осушить руки

Обеспечение инфекционной безопасности и травматизма

2. Сделать запись в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции на нее пациента

Обеспечение преемственности сестринского ухода

Примечание. Особенности введения инсулина: вводить до еды, строго по часам; подсушить инъекционное поле после обработки его дезинфектантом; менять места инъекций для профилактики липодистрофии; после введения инсулина и перед извлечением иглы кожу пациента прижать сухим ватным шариком. Кожу не массировать!

ВЫПОЛНЕНИЕ ВНУТРИМЫШЕЧНОЙ ИНЪЕКЦИИ

Цель: введение лекарственного средства в мышцу.

Показания: назначение врача.

Оснащение: шприц емкостью 1, 2, 5, 10 мл с лекарственным препаратом и иглой 4—6 см; стерильные ватные шарики, смоченные 70 % раствором спирта, в стерильном лотке, перчатки, контейнеры с дезинфицирующим раствором для игл и шприцов.

Места введения: верхненаружный квадрант ягодицы, средняя и малая ягодичные мышцы, латеральная широкая мышца бедра (средняя часть), дельтовидная мышца.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес	Установление контакта с пациентом
2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры	Психологическая подготовка к манипуляции
3. Получить согласие пациента на процедуру	Соблюдение прав пациента
4. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечение эффективного проведения процедуры.
5. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала
II. Выполнение процедуры 1. Спросить пациента, не нужно ли отгородить его ширмой. Помочь пациенту занять положение, при котором хорошо доступна предполагаемая область инъекции. Попросить пациента освободить ее от одежды	Соблюдение прав человека. Соблюдение правил выполнения инъекции
2. Путем осмотра и пальпации определить непосредственное место инъекции	Профилактика осложнений после инъекций
3. Надеть перчатки (если они уже надеты, обработать их ватным шариком, смоченным спиртом)	Обеспечение инфекционной безопасности
4. Обработать кожу двумя ватными шариками, смоченными спиртом: 1-м шариком обработать большую область инъекционного поля, 2-м — непосредственно место инъекции. 2-й шарик поместить между ГУ и V пальцами левой руки или под мизинец. Дать спирту высохнуть	Профилактика постинъекционных осложнений. При необходимости можно использовать дополнительные ватные шарики
5. Взять шприц в правую руку: мизинец придерживает иглу за канюлю, I, II, III, IV пальцы обхватывают цилиндр	Исключение падения иглы. Обеспечение правильного положения шприца во время процедуры
6. I и II пальцами левой руки растянуть кожу в месте инъекции и зафиксировать ее. Под углом 90° к поверхности кожи уверенным движением ввести иглу в мышцу, оставив над поверхностью кожи 3—5 мм иглы	Снижение болезненности прокола

7. Перенести левую руку на поршень. Потянуть поршень на себя и убедиться, что в шприц не поступает кровь	Профилактика медикаментозной эмболии
8. Нажать левой рукой на поршень и ввести лекарственное средство (скорость введения средняя)	Снижение болезненности при введении препарата
9. Прижать ватным шариком к месту инъекции и быстро извлечь иглу	Снижение болезненности при извлечении иглы
10. Поместить шприц в лоток. <i>Внимание! В палате никаких действий со шприцем не проводить до его дезинфекции!</i>	Профилактика инфекции и травматизма медицинских работников
11. Не отнимая ватный шарик от кожи, провести легкий массаж места инъекции	Улучшение всасывания лекарственного средства в месте инъекции. Профилактика образования гематомы
12. Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально	Обеспечение психологически комфортного состояния. Определение реакции пациента на процедуру
III. Окончание процедуры	Обеспечение инфекционной безопасности
1. Провести дезинфекцию и утилизацию одноразового инструментария. Вымыть и осушить руки	
2. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности сестринского ухода

Примечание:

Место инъекции: верхненаружный квадрант ягодицы; дельтовидная мышца плеча; латеральная широкая мышца бедра.

Положение пациента: на животе или на боку; лежа или сидя, рука расслаблена, согнута в локтевом суставе; лежа на спине со слегка согнутой ногой.

ВЫПОЛНЕНИЕ ВНУТРИВЕННОЙ ИНЪЕКЦИИ

Цель: введение лекарственных веществ при оказании экстренной помощи; введение препаратов, действие которых более эффективно при внутривенном вливании. Показания: назначение врача.

Оснащение: шприц емкостью 20 мл с лекарственным веществом и иглой 40 мм, стерильные ватные шарики, смоченные 70 % раствором спирта, в стерильном лотке, перчатки, венозный жгут, клеенчатая подушка, маска, стерильные салфетки, контейнеры с дезинфицирующим раствором для игл (иглоотсекатель) шприцев и использованного материала, 0,5 % раствор нашатырного спирта.

Место введения: вены локтевого сгиба, вены предплечья, тыльной поверхности кисти и височной области (у детей и младенцев).

Возможные проблемы пациента: отказ от манипуляции; психологический дискомфорт, страх перед возможным инфицированием, аллергической реакцией.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес	Установление контакта с пациентом

Этапы	Обоснование
2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры	Психологическая подготовка к манипуляции
3. Получить согласие пациента на процедуру	Соблюдение прав пациента
4. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала
5. Подготовить необходимое оснащение. Особое внимание обратить на отсутствие воздуха в шприце и проходимость иглы. Для проверки проходимости иглы следует расположить шприц вертикально и нажимать на поршень левой рукой до появления первой капли лекарственного препарата на конце иглы. Нажимая левой рукой на поршень дальше, необходимо вытеснить воздух до появления первой капли лекарственного раствора	Обеспечение эффективного проведения процедуры. Профилактика вдушной эмболии
П. Выполнение процедуры	Обеспечение доступа к месту инъекции
1. Помочь пациенту занять положение лежа на спине или сидя, при котором хорошо доступна предполагаемая область инъекции. Попросить пациента освободить ее от одежды	
2. Путем осмотра и пальпации определить непосредственное место инъекции	Профилактика постинъекционных осложнений
3. Подложить под локоть пациента клеенчатую подушку	Обеспечение максимального разгибания конечности в локтевом суставе
4. Надеть перчатки (если они уже надеты, обработать их ватным шариком, смоченным спиртом) и маску	Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала
5. Наложить жгут в средней трети плеча (на рубашку или салфетку) так, чтобы его свободные концы были направлены вверх, а петля — вниз (пульс на лучевой артерии не изменяется!). <i>Примечание: при применении специальной венозной манжеты зацепить на ней клапан и потянуть за свободный конец до остановки венозного кровотока</i>	Обеспечение доступа к венам локтевого сгиба. Снижение болезненности при наложении жгута. Профилактика образования гематом.
6. Попросить больного несколько раз сжать и разжать V кулак, а затем зажать его. Пропальпировать вену, определяя ее ширину, глубину залегания, направление, подвижность, наличие уплотнений стенки	Обеспечение наилучшего наполнения вены кровью. Определение наиболее удобной для инъекции вены
7. Обработать область локтевого сгиба ватными шариками, смоченными спиртом. Движение шариков осуществлять в одном направлении. Первым шариком обрабатывать площадь локтевого сгиба, вторым — непосредственно место инъекции	Обеспечение инфекционной безопасности - пациента и персонала. При необходимости можно использовать дополнительные ватные шарики
8. Взять шприц в правую руку: указательный палец фиксирует канюлю иглы, остальные обхватывают цилиндр шприца	Обеспечение фиксации иглы и управления ею.

Этапы	Обоснование
9.Растянуть кожу по ходу выбранной вены большим пальцем левой руки к периферии и прижать ее. Не меняя положения шприца в руке, держа иглу срезом вверх под углом до 30°, пунктировать кожу и ввести иглу на 1/3 длины параллельно вене.	Обеспечение выполнения техники двухмоментного пунктирования вены
10.Продолжая левой рукой фиксировать вену, слегка изменить направление иглы и осторожно пунктировать до возникновения ощущения «попадания в пустоту». Зафиксировать правую руку со шприцем в положении	Исключение выхода иглы из вены или прокола нижней стенки вены
11.Убедитесь ,что игла в вене. Для этого необходимо положить руку на поршень и потянуть его на себя - не должна появиться кровь	Профилактика постинъекционных осложнений
12.Фиксируйте жгут левой рукой, потянув за один из сводных концов. Попросить больного разжать кулак. Проверить, не вышла ли игла из вены. <i>Примечание: при использовании венозной манжеты нажать левой рукой на клапан замка</i>	Обеспечение восстановления венозного кровотока
13. Не меняя положения шприца, опять перенести левую руку на поршень. Нажимая на него, медленно ввести лекарственный раствор, оставив в шприце 1—2 мл. Во время давления левой рукой на поршень положение правой руки должно быть жестко зафиксировано	Профилактика воздушной эмболии и других осложнений. Исключение прокола второй стенки вены, выхода иглы из вены
14. Следить за общим состоянием пациента и местом инъекции во время введения раствора	Профилактика осложнений
15. Прижать к месту инъекции шарик, смоченный спиртом, извлечь иглу и согнуть руку больного в локтевом суставе. Попросить больного держать руку согнутой не менее 5 мин	Профилактика постинъекционных осложнений
16. Положить шприц в лоток. <i>Внимание! В палате никаких действий со шприцем не проводить до его дезинфекции!</i>	Профилактика инфекции и травматизма медицинских работников
17. Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально	Обеспечение психологически комфортного состояния. Определение реакции пациента на процедуру
III. Окончание процедуры 1. Провести дезинфекцию и утилизацию перевязочного материала и одноразового инструментария. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
2. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности сестринского ухода

ЗАПОЛНЕНИЕ ИНФУЗИОННОЙ СИСТЕМЫ

Цель: введение инфузионных и трансфузионных сред.

Показания: назначение врача.

Оснащение: стерильная одноразовая система, стерильные лотки, ножницы, ватные шарики, смоченные 70 % раствором спирта, флаконы с инфузионными растворами, лейкопластырь, бикс со стерильным перевязочным материалом, перчатки, стойка.

Условия: заполнение системы проводят после установления контакта с пациентом и получения от больного или его родственников согласия (только в экстренной ситуации можно обойтись без такового) на процедуру.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
2. Подготовить необходимое оснащение. Подобрать нужную систему. Проверить срок годности и герметичность упаковки. Прочитать надпись на флаконе с инфузатом, уточнить срок годности, оценить визуально внутреннее содержимое пакета или флакона (цвет, осадок, прозрачность)	Обеспечение эффективности выполнения процедуры и безопасности пациента. Профилактика постинфузионных осложнений
II. Выполнение процедуры 1. Вскрыть и обработать крышку флакона или пакета ватным шариком. Вскрыть пакет и выложить инфузионную систему в стерильный лоток	Обеспечение инфекционной безопасности
2. Снять колпачок с иглы воздуховода. Ввести иглу до упора в пробку флакона (пакета), закрепить свободный конец воздуховода вдоль флакона (это можно сделать аптечной резинкой). <i>Примечание: в некоторых системах отверстие для поступления воздуха находится непосредственно в капельнице; нужно открыть заглушку, закрывающую это отверстие</i>	Обеспечение поступления инфузионного раствора в систему во время процедуры
3. Закрывать зажим, снять колпачок с иглы на коротком конце системы и ввести ее в пробку флакона	Выведение раствора из флакона
4. Перевернуть флакон и закрепить его на штативе. Привести капельницу-фильтр в горизонтальное положение, открыть зажим, медленно заполнить капельницу до половины объема. <i>Примечание: можно заполнить капельницу другим способом, просто надавив 2–3 раза на ее корпус и добившись полного погружения фильтра в жидкость для вливания</i>	Обеспечение заполнения системы лекарственным раствором
5. Закрывать зажим и вернуть капельницу в исходное положение; фильтр должен оставаться полностью погруженным в жидкость для вливания	Профилактика постинфузионных осложнений

6. Снять колпачок с иглы для инъекций. Открыть зажим и медленно заполнить трубку до полного вытеснения воздуха и появления раствора из инъекционной иглы, закрыть зажим. Надеть колпачок на иглу. <i>Примечание: при заполнении безыгольной системы капли инфузанта должны показаться из соединительной канюли</i>	Проверка проходимости иглы для инъекции. Предупреждение инфицирования иглы
7. Убедиться в отсутствии пузырьков воздуха в трубке системы	Профилактика воздушной эмболии
III. Окончание процедуры	
1. Положить в стерильный лоток или упаковочный пакет ватные шарики, смоченные 70 % раствором спирта, стерильную салфетку. Приготовить и поместить на верхнюю часть стойки две полоски узкого (1 см) лейкопластыря длиной 4—5 см	Обеспечение инфекционной безопасности. Обеспечение фиксации иглы в вене

ПРОВЕДЕНИЕ ИНFUЗИИ

Цель: введение инфузионных и трансфузионных сред.

Показания: определяет врач.

Оснащение: смонтированная и заполненная инфузионной средой система на штативе, стерильный лоток, ватные шарики, смоченные антисептиком, жгут, клеенчатая подушка, перчатки, лейкопластырь, пакеты для сбора и емкости для дезинфекции использованного инструментария и перевязочного материала.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Убедиться в наличии информированного согласия на предстоящую процедуру, в случае его отсутствия уточнить дальнейшие действия у врача	Обеспечение прав пациента
2. Предложить пациенту опорожнить мочевой пузырь	Обеспечение комфорта и непрерывности инфузии при длительном выполнении
3. Вымыть руки или обработать их антисептиком	Обеспечение инфекционной безопасности
4. Заполнить систему и поместить ее на штатив так, как указано выше. Доставить необходимое оснащение в палату, если вливание проводится не в процедурном кабинете	Обеспечение технологии проведения процедур
5. Предложить/помочь пациенту занять удобное положение, соответствующее его состоянию. Подложить ему под локоть клеенчатую подушку	Обеспечение возможного комфорта пациенту. Профилактика осложнений при внутривенном введении растворов
6. Надеть маску и перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности. Защита рук сестры от попадания на них лекарственного препарата

<p>Выполнение процедуры</p> <p>1. Наложить жгут в средней трети плеча (поверх рубашки или салфетки) так, чтобы его свободные концы были направлены вверх, а петля вниз (пульс на лучевой артерии не изменяется!).</p> <p><i>Примечание: при применении специальной венозной манжеты защелкнуть на ней клапан и потянуть за свободный конец до остановки венозного кровотока</i></p>	<p>Обеспечение доступа к венам локтевого сгиба. Снижение болезненности при наложении жгута. Профилактика образования гематом</p>
<p>2. Попросить больного несколько раз сжать и разжать кулак, а затем зажать его. Пальпировать вену, определяя ее ширину, глубину залегания, направление, подвижность, наличие уплотнений стенки</p>	<p>Обеспечение наилучшего наполнения вен кровью. Определение наиболее удобной для пункции вены</p>
<p>3. Обработать область локтевого сгиба ватными шариками, смоченными спиртом. Движение шариков осуществлять в одном направлении. Первым шариком обрабатывать площадь локтевого сгиба, вторым — непосредственно место пункции. Поместить использованные шарики в лоток или непромокаемый пакет</p>	<p>Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала</p>
<p>4. Снять колпачок с иглы для инъекции и поместить его в фиксатор. Срез иглы должен «смотреть» на медсестру. Натянуть кожу по ходу выбранной вены большим пальцем левой руки по направлению к периферии и прижать ее. Держа иглу правой рукой срезом вверх под углом до 30°, пунктировать кожу и ввести иглу на 1/3 длины параллельно вене</p>	<p>Обеспечение выполнения техники двухмоментного пунктирования вены</p>
<p>5. Слегка изменить направление иглы и продолжать ее осторожное продвижение (по-прежнему фиксируя вену левой рукой) до возникновения ощущения «попадания в пустоту».</p> <p><i>Примечание: можно пользоваться одномоментным способом, одновременно пунктируя кожу и подлежащую вену</i></p>	<p>Выполнение процедуры и предупреждения прокола вены</p>
<p>6. При появлении крови в системе развязать жгут левой рукой, потянув за один из свободных концов. Попросить больного разжать кулак.</p> <p><i>Примечание: при использовании венозной манжеты нажать левой рукой на клапан замка</i></p>	<p>Обеспечение технологии выполнения процедуры</p>
<p>7. Открыть зажим. Отрегулировать скорость поступления инфузанта винтовым или другим регулятором скорости (согласно назначению врача)</p>	<p>Обеспечение поступления раствора в вену. Обеспечение скорости введения препарата</p>
<p>8. Закрепить иглу лейкопластырем и прикрыть ее стерильной салфеткой</p>	<p>Обеспечение лучшей фиксации иглы в вене. Предупреждение инфицирования места прокола</p>
<p>9. Снять перчатки. Вымыть и осушить руки</p>	<p>Профилактика внутрибольничной инфекции</p>
<p>10. Наблюдать за состоянием и самочувствием пациента на протяжении всей процедуры капельного вливания</p>	<p>Профилактика осложнений</p>

<p>11. Надеть перчатки. Перекрыть систему, когда в ней останется незначительное количество раствора. <i>Примечание. При введении лекарственных растворов из нескольких флаконов необходимо сделать следующее: когда в первом флаконе останется небольшое количество раствора, нужно закрыть винтовой зажим, извлечь из флакона воздуховод и ввести в пробку второго флакона, заранее укрепленного на штативе; затем быстро переставить иглу для присоединения к флакону на короткой части системы и открыть винтовой зажим. Отрегулировать скорость поступления капель</i></p>	<p>Профилактика осложнений. Обеспечение эффективного выполнения процедуры</p>
<p>12. Прижать к месту инъекции шарик, смоченный спиртом, извлечь иглу и согнуть руку больного в локтевом суставе. Попросить пациента держать руку согнутой в суставе не менее 5 мин</p>	<p>Профилактика развития гематомы</p>
<p>13. Вставить иглу в фиксатор для колпачка, при его отсутствии надеть колпачок на иглу, используя метод «ковша»</p>	<p>Обеспечение инфекционной безопасности и профилактика травматизма медицинской сестры</p>
<p>14. Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально</p>	<p>Профилактика осложнений. Обеспечение психологической безопасности. Определение реакции пациента на процедуру</p>
<p>III. Окончание процедуры 1. Поместить использованную систему в непромокаемую емкость и транспортировать в процедурный кабинет, если вливание проводилось в палате. Провести дезинфекцию и утилизацию использованных шариков, салфеток, иглы и инфузионной системы в соответствии с методическими указаниями</p>	<p>Обеспечение инфекционной безопасности и предупреждение травматизма медицинского персонала</p>
<p>2. Провести дезинфекцию и утилизацию перчаток. Вымыть и осушить руки</p>	<p>Обеспечение инфекционной безопасности</p>
<p>! Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции пациента</p>	<p>Обеспечение преемственности сестринского ухода</p>

ГЛАВА 9

КЛИЗМЫ. ГАЗООТВОДНАЯ ТРУБКА. КАЛОПРИЕМНИК

ОЧИСТИТЕЛЬНАЯ КЛИЗМА

Цель: освобождение нижних отделов толстого кишечника от каловых масс.

Показания: запор, отравления, подготовка к операции, родам, абортam, исследованиям, к поста новке лекарственной или капельной клизмы.

Оснащение: кружка Эсмарха (лучше одноразовая), стерильный наконечник (в упаковке), вазе лин, шпатель, марлевые салфетки, туалетная бумага, таз, судно (если процедура выполняется в по стели), перчатки, клеенка, пеленка, штатив (в лечебном учреждении), емкость с дезинфектантом фартук, ширма, термометр.

Противопоказания: колиты, эрозии, язвы слизистой оболочки толстого кишечника, неясные бол] в животе, опухоли толстого кишечника, первые дни после операции на органах ЖКТ, кровоточа ший геморрой, тяжелая сердечно-сосудистая недостаточность и т.д.

Место проведения: палата, клизменная.

Возможные проблемы пациента: психологический дискомфорт, связанный с вторжением в супер интимную зону, страх, связанный с возможным неудержанием данного объема жидкости.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес	Установление контакта с пациентом
2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры	Психологическая подготовка к манипуляции
3. Получить согласие пациента на процедуру	Соблюдение прав пациента
4. Отгородить пациента ширмой, если процедура проводится в палате	Обеспечение психологического комфорта
5. Подготовить оснащение	Обеспечение эффективности процедуры
6. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки, фартук	Обеспечение инфекционной безопасности
7. Собрать систему для постановки клизмы: вскрыть упаковку, извлечь наконечник и присоединить его к кружке Эсмарха. Закрывать вентиль, налить в кружку 1—1,5 л воды, укрепить кружку на штативе на высоте 1 м над уровнем кушетки. Объем жидкости зависит от возраста пациента (до 3 мес — 50—60 мл; до 12 мес — 100—150 мл; до 2 лет — 200 мл; от 2 до 9 лет — до 400 мл; от 9 лет — 500 мл и более)	Обеспечение условий для поступления жидкости в прямую кишку

8. Открыть вентиль и слить немного воды через наконечник. Закрыть вентиль (вместо вентиля можно использовать зажим)	Вытеснение воздуха из системы и проверка ее проходимости
9. Смазать наконечник вазелином. <i>Примечание: температура воды зависит от конкретной цели постановки клизмы; при атонических запорах 16—20 °С; при спастических 37—38 °С; в остальных случаях 23—25 °С (холодная вода стимулирует перистальтику кишечника; теплая вода уменьшает спазм гладкой мускулатуры и способствует опорожнению кишечника; вода индифферентной температуры разжижает каловые массы и вызывает перистальтику)</i>	Облегчение введения наконечника в прямую кишку
10. Положить на кушетку клеенку, свисающую в таз, и пеленку (при неудержании воды она будет стекать в таз, не загрязняя окружающую среду)	Обеспечение гигиеничности процедуры
П. Выполнение процедуры 1. Попросить пациента (или помочь ему) лечь на левый бок, слегка согнуть ноги в коленях и подвести к животу. <i>Примечание: при невозможности уложить пациента на левый бок процедуру разрешается проводить в положении «пациент лежит на спине»</i>	Расположение пациента с учетом анатомических особенностей прямой и сигмовидной кишки. Обеспечение допустимого положения для выполнения данной процедуры
2. Развести ягодицы пациента I и II пальцами левой руки, правой рукой осторожно ввести наконечник в анальное отверстие, продвигая его вращательными движениями вначале по направлению к пупку (3—4 см), а затем параллельно копчику на глубину 8—10 см (глубина введения наконечника определяется возрастом больного и варьирует от 2—3 см у новорожденных до 12—15 см у взрослых)	Профилактика травмы и обеспечение эффективности процедуры
3. Приоткрыть вентиль, чтобы вода медленно поступала в кишечник	Предупреждение неприятных ощущений у пациента
4. Предложить пациенту расслабиться и медленно глубоко дышать животом, поглаживая его против часовой стрелки	Обеспечение удержания жидкости
5. Следить за уровнем убывающей жидкости. Если вода не поступает в кишечник, поднять кружку выше, чем на 1 м, или изменить положение наконечника. При отсутствии результата заменить наконечник. При неудержимых преждевременных позывах на дефекацию опустить кружку Эсмарха ниже. <i>Примечание: менять высоту кружки можно неоднократно</i>	Учет возможности того, что отверстие наконечника засорится каловыми массами или упрется в стенку кишки. Снижение скорости введения жидкости и давления ее на стенки кишки
6. Предложить пациенту глубоко дышать и поглаживать живот против часовой стрелки	Улучшение поступления воды в кишечник за счет изменения внутри-брюшного давления
7. Закрыть вентиль после введения жидкости. Осторожно извлечь наконечник, отсоединить его от системы и положить в емкость с дезинфектантом	Обеспечение инфекционной безопасности

8. Предложить пациенту лечь на спину и глубоко дышать, чтобы на какое-то время задержать воду в кишечнике (лучше на 5—10 мин)	Обеспечение разжижения каловых масс и начала перистальтики
9. Помочь пациенту встать с кушетки и дойти до унитаза, при неудержимом позыве на дефекацию подложить судно	Обеспечение физической безопасности. Исключение загрязнения окружающей среды
10. Убедиться, что процедура прошла эффективно (отделяемое должно содержать фекалии)	Оценка эффективности процедуры
11. Предоставить пациенту возможность подмыться или подмыть его в случае необходимости	Обеспечение физической и психологической безопасности
12. Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально	Обеспечение физического и психологического комфорта. Определение реакции пациента на процедуру
III. Окончание процедуры	Обеспечение инфекционной безопасности
1. Погрузить в емкость с дезинфектантом использованный инструментарий, обработать и утилизировать одноразовый в соответствии с методическими рекомендациями. Снять перчатки. Вымыть и осушить руки	
2. Сделать запись в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности сестринского ухода

СИФОННАЯ КЛИЗМА

Цель: лечебная и диагностическая (процедура выполняется двумя людьми). Показания: неэффективность других клизм при запорах, отравление, кишечная непроходимость.

Оснащение: система для сифонной клизмы: два стерильных толстых желудочных зонда диаметром 0,8—1 см, соединенных стеклянной трубкой (слепой конец у одного зонда срезан), стеклянная* воронка 0,5—1 л, 10 л воды t 37—38 °С, ведро, кувшин или кружка, емкость для промывных (таз), перчатки, непромокаемый фартук, вазелин, шпатель, туалетная бумага, клеенка, пеленка.

Противопоказания: колиты, эрозии и язвы слизистой оболочки толстого кишечника, неясные боли в животе, опухоли толстого кишечника, первые дни после операции на органах ЖКТ, кровоточащий геморрой, тяжелая сердечно-сосудистая недостаточность и т.д.

Условие: в случае кишечной непроходимости процедура выполняется в присутствии врача.

Этапы	Обоснование
1. Подготовка к процедуре 1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра общается с пациентом впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес	Установление контакта с пациентом
2. Объяснить пациенту цель и предстоящую процедуру	Психологическая подготовка к манипуляции
3. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдение прав пациента
4. Подготовить оснащение	Обеспечение проведения процедуры

5. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки, фартук	Профилактика внутрибольничной инфекции
II. Выполнение процедуры	Обеспечение гигиеничности процедуры
1. Застелить простыню, покрывающую кушетку, клеенкой таким образом, чтобы она свисала в таз. Поверх клеенки постелить небольшую пеленку (при неудержании вода будет стекать в таз)	
2. Попросить пациента (или помочь ему) лечь на кушетку на левый бок. Предложить согнуть ноги в коленях и слегка подтянуть их к животу	Облегчение введения зонда и воды
3. Смазать слепой конец зонда вазелином	Облегчение введения зонда в кишечник; предупреждение возникновения у пациента неприятных ощущений
4. Раздвинуть ягодицы I и II пальцами левой руки, правой рукой вводить закругленный конец зонда в кишечник и продвигать его на глубину 30—40 см: первые 3—4 см — по направлению к пупку, далее — параллельно позвоночнику	Обеспечение возможности эффективного проведения процедуры с учетом анатомо-физиологических особенностей прямой и сигмовидной кишки
5. Присоединить к свободному концу зонда воронку. Держать воронку слегка наклонно, на уровне ягодиц пациента. Налить в нее из кувшина по боковой стенке 1 л воды	Предупреждение попадания воздуха в кишечник
6. Предложить пациенту глубоко дышать. Поднять воронку на высоту 1 м. Как только вода достигнет устья воронки, опустить ее над тазом ниже уровня ягодиц пациента, не выливая воду до тех пор, пока воронка не будет заполнена целиком	Обеспечение контроля за поступлением воды в кишечник и выведением ее обратно
7. Слить воду в приготовленную емкость (таз для промывных вод). <i>Примечание: первые промывные воды могут быть собраны в емкости для исследования</i>	Обеспечение возможности исследования промывных вод, проводящегося только по назначению врача
8. Заполнить воронку следующей порцией и поднять вверх на высоту 1 м. Как только уровень воды достигнет устья воронки, опустить ее вниз. Подождать, пока она наполнится промывными водами и слить их в таз. Повторить процедуру многократно до появления чистых промывных вод, используя все 10 л воды	Обеспечение эффективности процедуры
9. Отсоединить воронку от зонда по окончании процедуры, при необходимости оставить зонд в кишечнике > на 10 мин	Обеспечение окончательного выведения газов или жидкого содержимого из вышележащих отделов кишечника
10. Вывести зонд из кишечника медленными поступательными движениями, пропуская его через салфетку	Обеспечение безопасности пациента
11. Погрузить зонды и воронку в емкость с дезинфектантом.	Обеспечение инфекционной безопасности
12. Вытереть туалетной бумагой кожу в области анального отверстия (у женщин — в направлении спереди назад) и про-подмыть пациента в случае его беспомощности	Предупреждение инфекции мочевыводящих путей и мацерации кожи промежности

13. Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально	Определение реакции пациента на процедуру. Обеспечение физического и психологического комфорта
14. Транспортировать пациента в палату	Обеспечение безопасности пациента
III. Окончание процедуры 1. Вылить промывные воды в канализацию, при наличии показаний провести предварительную дезинфекцию. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразового. Снять перчатки. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
2. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности сестринского ухода

КЛИЗМА МАСЛЯНАЯ ПОСЛАБЛЯЮЩАЯ

Цель: лечебная.

Показания: неэффективность очистительной клизмы при упорных спастических запорах, хронические воспалительные, язвенные процессы в толстой и прямой кишке, состояние после родов, операций на органах брюшной полости.

Оснащение: грушевидный баллон или шприц Жане, стерильный резиновый наконечник или катетер, шпатель, вазелин, масло (вазелиновое, растительное) 50—100 мл (по назначению врача), перчатки, туалетная бумага, клеенка, пеленка, ширма (если процедура выполняется в палате), лоток.

Противопоказания: кровотечение из ЖКТ, острые язвенно-воспалительные процессы в прямой кишке, неясные боли в животе.

Место проведения: палата, клизменная, на дому.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес	Установление контакта с пациентом
2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры	Психологическая подготовка к манипуляции
3. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдение прав пациента
4. Подготовить оснащение. Поместить флакон с маслом в «водяную баню» и подогреть его до 38 °С	Обеспечение необходимых условий для проведения процедуры (теплое масло, не раздражая кишечник, обволакивает и разжижает каловые массы)
5. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки	Профилактика внутрибольничной инфекции
II. Выполнение процедуры 1. Отгородить пациента ширмой. Уложить его на левый бок, постелить под ягодицы клеенку, а на нее — пеленку. <i>Примечание: при невозможности уложить больного на левый бок процедуру разрешается проводить в положении «пациент лежит на спине»</i>	Обеспечение введения масла на достаточную глубину. Обеспечение допустимого положения для данной процедуры

2. Смазать вазелином и ввести резиновый наконечник в прямую кишку на 10—15 см	Обеспечение эффективности процедуры
3. Набрать в резиновый баллон необходимое количество раствора (по договоренности с врачом) подогретого масла. Присоединить грушевидный баллон к резиновому наконечнику и медленно ввести масло, сжимая баллон в руке. <i>Примечание: при введении 50 мл масла лучше использовать катетер со шприцем Жане</i>	Обеспечение эффективности процедуры при медленном введении теплого раствора
4. Не разжимая грушевидный баллон, отсоединить его от резинового наконечника (катетера)	Исключение всасывания раствора в баллон
5. Извлечь резиновый наконечник (катетер) и поместить его вместе с грушевидным баллоном в лоток для использованного материала	Обеспечение инфекционной безопасности
6. Обработать туалетной бумагой кожу в области анального отверстия (у женщин — в направлении спереди назад), если пациент беспомощен, подмыть его	Предупреждение инфекции мочевыводящих путей и мацерации области промежности
7. Разместить судно в доступном для лежачего пациента месте	Обеспечение комфортных условий при сильном желании опорожнить кишечник
8. Убрать клеенку, пеленку. Снять перчатки, вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
9. Укрыть пациента одеялом, помочь ему занять удобное положение. Убрать ширму (если процедура выполняется в лечебном учреждении)	Обеспечение комфортных условий для сна (отдыха)
10. Спросить пациента о самочувствии. Убедиться, что пациент чувствует себя нормально	Определение реакции пациента на процедуру. Обеспечение физического и психологического комфорта
11. Провести оценку эффективности процедуры через 6—10 ч — у пациента должен быть стул	Итоговая оценка достижения цели
III. Окончание процедуры 1. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразового. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
2. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности сестринского ухода

КЛИЗМА ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ ПОСЛАБЛЯЮЩАЯ

Цель: лечебная.

Показания: атонические запоры, запоры на фоне отеков, повышение внутричерепного давления, стимуляция кишечника после операции.

Оснащение: грушевидный баллон или шприц Жане, стерильный резиновый наконечник, катетер или газоотводная трубка, шпатель, вазелин, гипертонический 10 % раствор (натрия хлорида — 200 мл или 25 % раствор магния сульфата — 200 мл по назначению врача), туалетная бумага, перчатки, клеенка, пеленка, судно, лоток, ширма, емкость с дезинфектантом.

Противопоказания: кровотечение из ЖКТ, острые язвенно-воспалительные процессы в прямой кишке, неясные боли в животе, спастические запоры.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре	Установление контакта с пациентом
1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра общается с пациентом впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес	
2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры	Психологическая подготовка к манипуляции
3. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдение прав пациента
4. Подготовить оснащение. Поместить флакон с раствором в «водяную баню» и подогреть его до 38 °С	Соблюдение необходимого условия для эффективного проведения процедуры. Исключение возможности преждевременной перистальтики в ответ на раздражение низкими температурами
5. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки	Профилактика внутрибольничной инфекции
II. Выполнение процедуры	Обеспечение психологического комфорта
1. Отгородить пациента ширмой (при необходимости)	
2. Уложить пациента на левый бок. Подстелить под ягодицы пациента клеенку с пеленкой. Попросить согнуть ноги в коленях и слегка подтянуть их к животу. <i>Примечание: если пациенту противопоказано положение на левом боку, процедуру разрешается проводить в положении лежа на спине с согнутыми и разведенными в стороны ногами</i>	Обеспечение эффективности процедуры. Обеспечение допустимого положения для данной процедуры
3. Смазать вазелином и ввести резиновый наконечник (катетер или газоотводную трубку) в прямую кишку на 10—15 см	Обеспечение введения раствора на достаточную глубину
4. Набрать в грушевидный баллон (шприц Жане) необходимое количество теплого раствора (по согласованию с врачом). Присоединить грушевидный баллон к резиновому наконечнику (катетеру, газоотводной трубке) и медленно ввести раствор	Обеспечение эффективности процедуры

5. Отсоединить грушевидный баллон (не разжимая его) от наконечника (катетера, газоотводной трубки)	Предотвращение всасывания раствора обратно в баллон
6. Извлечь резиновый наконечник и поместить в лоток для использованного инструментария. Обработать анальное отверстие туалетной бумагой или салфеткой	Обеспечение инфекционной безопасности
7. Предложить пациенту повернуться на спину и втянуть в себя прямой проход. Попросить задержать дефекацию на 20—30 мин	Обеспечение эффективного проведения процедуры
8. Напомнить пациенту, что он должен задержать раствор в кишке в течение 20—30 мин (время, необходимое для трансудации жидкости в просвет прямой кишки)	Контроль методики проведения процедуры
9. Снять перчатки. Вымыть и осушить руки	Профилактика внутрибольничной инфекции
10. Убедиться, что процедура прошла успешно (должен быть обильный стул)	Оценка эффективности процедуры
11. Дать пациенту возможность провести туалет промежности и заднего прохода. Надеть перчатки и подмыть пациента, если он беспомощен, убрать судно	Обеспечение личной гигиены
12. Снять перчатки. Вымыть и осушить руки	Профилактика внутрибольничной инфекции
13. Укрыть пациента одеялом, помочь ему занять удобное положение. Убрать ширму (если процедура выполняется в палате)	Обеспечение комфортных условий для отдыха
14. Спросить пациента о самочувствии. Убедиться, что пациент чувствует себя нормально	Определение реакции пациента на процедуру. Обеспечение физического и психологического комфорта
III. Окончание процедуры	Обеспечение инфекционной безопасности
1. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразового	
2. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Сделать запись в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности сестринского ухода

ЛЕКАРСТВЕННАЯ МИКРОКЛИЗМА

Цель: лечебная (процедура представляет собой введение лекарственного средства в прямую кишку).

Показания: определяет врач.

Оснащение: грушевидный баллон или шприц Жане, резиновый наконечник или катетер, шпатель, вазелин, лекарственный препарат 50—100 мл, туалетная бумага, перчатки, клеенка, пеленка, ширма.

Механизм действия: местное воздействие на слизистую оболочку прямой и сигмовидной кишки; резорбтивное действие на организм.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра общается с пациентом впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес	Установление контакта с пациентом
2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры	Психологическая подготовка к манипуляции
3. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдение прав пациента
4. Сделать пациенту очистительную клизму за 20—30 мин до постановки лекарственной клизмы. <i>Примечание: при наличии противопоказаний к постановке очистительной клизмы провести процедуру после акта дефекации</i>	Обеспечение возможности терапевтического эффекта
5. Подготовить оснащение. Поместить флакон с лекарственным препаратом в «водяную баню» и подогреть его до 38 °С	Обеспечение эффективности процедуры (подогретый лекарственный препарат быстрее взаимодействует со слизистой оболочкой кишечника; при температуре раствора ниже 37 °С возникают позывы на дефекацию)
6. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки	Профилактика внутрибольничной инфекции
II. Выполнение процедуры 1. Отгородить пациента ширмой, уложить его на левый бок, подстелить под ягодицы клеенку, а на нее — пеленку. <i>Примечание: при невозможности уложить пациента на левый бок процедуру разрешается проводить в положении «пациент лежит на спине»</i>	Обеспечение эффективности процедуры. Обеспечение допустимого положения для данной процедуры
2. Смазать вазелином и ввести резиновый катетер (газоотводную трубку) в прямую кишку на 15—20 см. <i>Примечание: небольшие объемы лекарственных препаратов (20—50 мл) лучше вводить через катетер, так как в газоотводной трубке может остаться значительное количество препарата</i>	Обеспечивается введение лекарственного средства на достаточную глубину

3. Набрать в шприц Жане (резиновый баллон) 50— 100 мл теплого раствора (по согласованию с врачом). Присоединить шприц Жане к катетеру и медленно ввести препарат	Обеспечение эффективности процедуры. Профилактика усиления перистальтики
4. Отсоединить шприц, извлечь катетер из кишечника. Поместить использованные инструменты в лоток	Обеспечение инфекционной безопасности
5. Вытереть туалетной бумагой кожу в области анального отверстия в направлении спереди назад (у женщин)	Предупреждение инфекции мочевыводящих путей; обеспечение личной гигиены
6. Убрать клеенку, пеленку. Поместить их в мешок для использованного материала. Снять перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
7. Укрыть пациента одеялом, помочь ему занять удобное положение. Убрать ширму, если она использовалась. Напомнить пациенту, что лучше не вставать в течение часа	Обеспечение эффективности процедуры
8. Через час спросить пациента, как он себя чувствует	Определение реакции пациента на процедуру
III. Окончание процедуры	
1. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразового. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
2. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности сестринского ухода

КАПЕЛЬНАЯ КЛИЗМА

Цель: лечебная.

Показания: обезвоживание, интоксикация.

Оборудование: одноразовая капельная система (или резиновая кружка Эсмарха с фильтром-капельницей), зажим кровоостанавливающий, штатив-стойка, две грелки, лоток, вазелин, шпатель, клеенка, марлевые салфетки, пеленка, катетер или газоотводная трубка, емкость с дезинфектантом, ширма, термометр, перчатки, растворы для капельного введения: 0,9 % раствор натрия хлорида, 5 % раствор глюкозы (до 2 л), подогретый до температуры 40—42 °С.

Противопоказания: острые воспалительные или язвенные процессы в области толстой кишки и заднего прохода, кровотечения из пищеварительного тракта, «острый живот», злокачественные новообразования прямой кишки, трещины в области заднего прохода или выпадение прямой кишки.

Возможные проблемы пациента: психологический дискомфорт, связанный с вторжением в суперинтимную зону; физический дискомфорт, вызванный длительностью процедуры.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес	Установление контакта с пациентом

2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры	Психологическая подготовка к манипуляции
3. Получить согласие пациента на процедуру	Соблюдение прав пациента
4. За 20—30 мин до лекарственной клизмы поставить очистительную. Убедиться в ее эффективности	Обеспечение условий для всасывания лекарственного препарата
5. Вымыть и осушить руки	Профилактика внутрибольничной инфекции
6. Подготовить оснащение. Поместить флакон с питательной жидкостью в «водяную баню» и подогреть его до 40—42 °С	Выполнение необходимого условия эффективности процедуры
7. Вскрыть одноразовую систему для капельного вливания, заполнить ее приготовленным раствором и закрепить флакон на штативе. Заменить иглу для вливаний на стерильный катетер или газоотводную трубку	Выполнение необходимого условия эффективности процедуры
II. Выполнение процедуры	Обеспечение психологической и физической безопасности
1. Убедиться, что пациент не испытывает неприятных ощущений после постановки очистительной клизмы. Уложить пациента в постель, подложить впитывающую пеленку. Отгородить его ширмой	
2. Попросить пациента занять положение на левом боку, подвести ноги к животу	Обеспечение эффективности процедуры
3. Надеть перчатки	Профилактика внутрибольничной инфекции
4. Ввести обработанный вазелином слепой конец катетера на глубину 20—25 см	Обеспечение эффективности процедуры
5. Соединить катетер с системой, открыть зажим и отрегулировать скорость поступления жидкости. Снять перчатки, вымыть руки. <i>Внимание! Скорость поступления не должна превышать 60—80 капель в минуту</i>	Предупреждение растяжения кишки и обеспечение всасывания
6. Следить за состоянием пациента, скоростью поступления капель, герметичностью системы. Поддерживать температуру раствора с помощью грелок. Менять флаконы по мере необходимости	Обеспечение эффективности процедуры (объем клизмы определяется врачом)
7. Надеть перчатки. Перекрыть систему и удалить катетер по окончании процедуры	Исключение загрязнения окружающей среды
8. Предупредить пациента о необходимости соблюдения постельного режима в течение 20—30 мин	Обеспечение эффективности процедуры
9. Спросить пациента о самочувствии	Определение реакции пациента на процедуру
III. Окончание процедуры	Обеспечение инфекционной безопасности
1. Прозеринфицировать использованный инструментарий с последующей утилизацией одноразового	
2. Снять перчатки, вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Сделать запись в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности сестринского ухода

ПОСТАНОВКА ГАЗОТВОДНОЙ ТРУБКИ

Цель: лечебная.

Показания: метеоризм (скопление газов в кишечнике).

Оснащение: газоотводная трубка, вазелин, марлевые салфетки, клеенка, пеленки, шпатель, перчатки, емкость с дезинфицирующим раствором, туалетная бумага, судно, фартук.

Противопоказания: острые воспалительные и язвенные процессы в области прямой кишки и заднего прохода, злокачественные новообразования прямой кишки, трещины в области заднего прохода и выпадение прямой кишки, кровотечение из кишечника.

Этапы	Обоснование
<p>I. Подготовка к процедуре</p> <p>1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес</p>	Установление контакта с пациентом
2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры	Психологическая подготовка к манипуляции
3. Получить согласие на проведение процедуры	Соблюдение прав пациента
4. Подготовить оснащение	Обеспечение эффективности процедуры
5. Вымыть и осушить руки. Надеть фартук и перчатки	Профилактика внутрибольничной инфекции
<p>II. Выполнение процедуры</p> <p>1. Отгородить пациента ширмой (при необходимости)</p>	Обеспечение психологического комфорта
2. Уложить пациента на левый бок, подложив под ягодицы клеенку и пеленку. Попросить пациента согнуть ноги в коленях и подтянуть их к животу. <i>Примечание: если пациент не может лечь на бок, можно проводить процедуру в положении лежа на спине</i>	Обеспечение эффективности процедуры
3. Обработать слепой конец газоотводной трубки вазелином	Облегчение введения трубки, профилактика повреждения слизистой оболочки
4. Раздвинуть ягодицы I, II пальцами левой руки и ввести газоотводную трубку вращательными движениями на глубину 20—30 см, первые 3—4 см — вверх, по направлению к пупку, а затем — параллельно позвоночнику. Оставить снаружи 10 см	Снижение дискомфорта при введении. Обеспечение должной глубины введения взрослому (детям до 1 года трубка вводится на 5—8 см; от 1 до 3 лет — на 8—10 см, от 3 до 7 лет — на 10—15 см; старшим — 20—30 см)
5. Опустить свободный конец трубки в судно с водой. Можно завернуть наружный конец трубки в сложенную несколько раз пеленку и клеенку или поместить ее в полиэтиленовый пакет. <i>Примечание: из трубки могут вытекать жидкие каловые массы</i>	Обеспечение инфекционной безопасности и физического комфорта

6. Оставить трубку в кишечнике на 1 ч. <i>Примечание: новорожденным трубка ставится на 30 мин</i>	Профилактика пролежней в кишечнике
7. Снять фартук, перчатки. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
8. Накрыть пациента простыней или одеялом	Обеспечение комфортного состояния
9. Контролировать отхождение газов и самочувствие пациента каждые 15 мин	Исключение закупорки трубки каловыми массами
10. Надеть перчатки, фартук и извлечь трубку, проводя ее через салфетку. Обработать туалетной бумагой или салфеткой анальное отверстие. Поместить трубку и салфетку в лоток для использованного инструментария	Профилактика инфицирования. Обеспечение комфорта
11. Оценить эффективность процедуры, пользуясь субъективными и объективными показателями: <i>отсутствие жалоб пациента на дискомфорт и кишечные колики, отсутствие вздутия живота.</i>	Оценка качества оказанной помощи для принятия решения о повторном введении
12. Помочь пациенту занять удобное положение, укрыть его. Спросить пациента о самочувствии в целом	Обеспечение физического и психологического комфорта. Определение реакции пациента на процедуру
III. Окончание процедуры	Обеспечение инфекционной безопасности
1. Убрать судно, поместить клеенку и пеленку в непромокаемый мешок	
2. Прозеинфицировать использованный инструментарий с последующей утилизацией одноразового. Снять фартук и перчатки. Вымыть и осушить руки	Профилактика внутрибольничной инфекции
3. Сделать отметку в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности ухода

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ПАЦИЕНТА ПРИ ЗАМЕНЕ АДГЕЗИВНОГО (КЛЕЯЩЕГОСЯ) КАЛОПРИЕМНИКА

Цель: профилактическая.

Показания: фекалии заполнили половину объема калоприемника, ощущение неудобства от калоприемника.

Оснащение: емкость с крышкой (контейнер), чистый калоприемник, ножницы с одним закругленным и другим острым концом, бумажный или пластиковый пакет, салфетки марлевые (6—8 штук), мерка (трафарет) для проверки того, не изменился ли размер стомы, паста Лассара, эпилятор, фен, дезодорант, маленькое зеркальце, запасной зажим.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Пройти в ванную комнату или туалет. Вымыть руки	Обязательное условие выполнения смены калоприемника: обеспечение инфекционной безопасности
2. Подготовить оснащение: разложить на столике каждый предмет отдельно в необходимой последовательности	Обеспечение эффективной процедуры

<p>II. Выполнение процедуры</p> <p>1. Подготовить чистый калоприемник: наложить шаблон на центральное отверстие пластины; ножницами увеличить центральное отверстие в соответствии с размером стомы (вырезанное отверстие на 3—4 мм превышает размер стомы).</p>	Обеспечение качественного выполнения алгоритма
2. Отделить использованный калоприемник, начиная с верхней части (кожу не тянуть)	Профилактика механической травматизации кожи
3. Поместить использованный калоприемник в пластиковый (бумажный) мешок	Профилактика инфицирования
4. Осторожно протереть кожу вокруг стомы, используя сухие марлевые или бумажные салфетки. Промыть стому салфеткой, смоченной теплой водой. Другой салфеткой кожу промыть вокруг стомы	Обеспечение чистоты стомы и кожи вокруг нее
5. Промокнуть салфетками кожу вокруг стомы досуха (для высушивания можно применять фен)	Обеспечение полного приклеивания калоприемника к коже
6. Нанести защитный крем (пасту Лассара «Стомагезив»), дождаться полного его впитывания	Профилактика раздражения и сухости кожи
7. Удалить оберточную бумагу с центрального отверстия калоприемника	Подготовка калоприемника
8. Расположить центр отверстия над стомой (используйте зеркальце) и равномерно прижимать пластину (от стомы радиально к периферии) в течение 1 мин. Проверить качество присоединения пластины — она должна прилегать гладко, не образуя складок	Обеспечение герметичного прилипания калоприемника к коже
9. Проверить расположение дренажного отверстия мешка: оно должно быть обращено вниз, а фиксатор — находиться в закрытом положении	Профилактика затекания фекалий в кишку, вытекания фекалий на одежду
<p>III. Окончание процедуры</p> <p>1. Провести утилизацию пластикового, бумажного мешка с использованным калоприемником и салфетками</p>	Профилактика инфицирования
2. Убрать в контейнер оснащение для смены калоприемника. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
IV. Проблемы пациента и медсестры	Действия медсестры
1. Плохое приклеивание калоприемника к коже около стомы	Удостовериться, что кожа около стомы сухая и чистая. Прижать наклеиваемый пакет к коже теплой рукой и подержать минуту-другую для обеспечения хорошего наклеивания
2. Неправильно подобранный размер отверстия калоприемника	Вырезать отверстия в соответствии с размерами стомы
3. Изгибы или складки кожи в месте наклеивания калоприемника	Рекомендовать другой тип калоприемника или применить специальные средства, исключающие полтекание

4. Раздражение кожи вблизи колостомы	Как можно быстрее обратиться к специалисту, чтобы выявить истинную причину раздражения и ликвидировать ее, не дожидаясь серьезных осложнений, требующих длительного лечения
5. неподходящий угол наклеивания мешка	Объяснить пациенту следующее: если мешок ориентирован неправильно, вес его содержимого будет оказывать закручивающее действие на клеевую пластинку и способствовать ее скорейшему отклеиванию; каждый пациент должен определить свой угол наклеивания на основании индивидуальной конфигурации тела
6. Нерегулярное опорожнение калоприемника	Опорожнять калоприемник при заполнении его объема на треть или половину
7. Чрезвычайно высокая температура	Значительное повышение температуры тела или окружающего воздуха может привести к изменению структуры клеевого слоя — его «плавлению». Это случается в результате пребывания в очень жарком месте (например, в сауне) или при заболеваниях, сопровождающихся значительным повышением температуры. При возможности подобных ситуаций следует чаще менять калоприемник
8. Ненадлежащие условия хранения калоприемника	Хранить калоприемник следует в сухом прохладном месте во избежание изменения клеящих свойств

ГЛАВА 10

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЖЕНЩИНЫ РЕЗИНОВЫМ КАТЕТЕРОМ

Цель: лечебная и диагностическая.

Показания: *острая* задержка мочи, промывание мочевого пузыря, послеоперационный период, последовый период родов.

Оснащение: стерильный одноразовый набор для катетеризации мочевого пузыря, при отсутствии последнего — стерильные катетер, перчатки, салфетки (средние — 4 штуки, малые — 2 штуки), глицерин (вазелиновое масло), пинцеты — 2, подкладная клеенка и пеленка, лотки, антисептический раствор, емкость для сбора мочи, оснащение для подмывания.

Обязательное условие: процедура введения катетера проводится при строгом соблюдении асептики, так как слизистая оболочка мочевого пузыря обладает слабой сопротивляемостью инфекции.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Собрать информацию о пациентке. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к ней обращаться. Объяснить пациентке цель и этапы проведения предстоящей процедуры. Получить ее согласие на проведение процедуры (если процедура проводится в палате, отгородить пациентку ширмой)	Психологическая подготовка пациентки к процедуре. Мотивация к сотрудничеству. Соблюдение прав пациентки на информацию
2. Подготовить оснащение	Соблюдение необходимого условия эффективности процедуры
3. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки. Подстелить под таз пациентки впитывающую пеленку (или клеенку и пеленку)	Обеспечение инфекционной безопасности
4. Помочь пациентке занять необходимое для процедуры положение: на спине с полусогнутыми разведенными ногами (поза «лягушачья нога»). <i>Примечание: для женщин, которые не способны развести бедра: сгибание ног обеспечивает достаточно хороший доступ к уретре</i>	Обеспечение доступа к уретре
5. Подмыть пациентку	Соблюдение необходимого условия проведения процедуры
6. Снять перчатки и бросить в непромокаемую емкость. Надеть стерильные перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности

<p>II. Выполнение процедуры</p> <p>1. Обложить стерильными салфетками вход во влагалище. Развести в стороны левой рукой (если вы правша) малые половые губы. Пинцетом в правой руке взять малую салфетку, смоченную раствором антисептика, и обработать ею вход в уретру движениями сверху вниз. При необходимости повторить процедуру. Поместить салфетку в лоток для использованного инструментария. Взять вторым пинцетом катетер (на расстоянии 5—6 см от бокового отверстия) как пишущее перо. Наружный конец катетера держать между ГУ и V пальцами</p>	<p>Обеспечение инфекционной безопасности</p>
<p>2. Обработать клюв катетера стерильным вазелиновым маслом</p>	<p>Облегчение введения катетера. Исключение травмы слизистой уретры</p>
<p>3. Развести I и II пальцами левой руки с помощью салфеток половые губы. Предложить пациентке сделать глубокий вдох и в этот момент ввести катетер в уретру на 3—4 см.</p> <p><i>Примечание: если вход в уретру определяется плохо, требуется консультация врача, так как вход в уретру может быть не виден вследствие атрофии влагалища, врожденной женской гипоспадии</i></p>	<p>Снижение болезненности при введении катетера</p>
<p>4. Опустить наружный конец катетера в емкость для сбора мочи и продолжать вводить его в уретру до появления мочи</p>	<p>Профилактика попадания мочи на окружающие предметы</p>
<p>5. Поместить пинцет в лоток для использованного материала</p>	<p>Обеспечение инфекционной безопасности</p>
<p>6. Наблюдать за выделением мочи. Когда моча пойдет каплями, надавить левой рукой на переднюю брюшную стенку над лобком, одновременно извлекая катетер. Поместить катетер в лоток для использованного материала</p>	<p>Обеспечение промывания уретры остатками мочи</p>
<p>7. Убрать пеленку и клеенку и поместить их в мешок для использованного материала. Вылить мочу в унитаз, замерив ее количество при необходимости. Снять перчатки и поместить их в лоток для использованного материала. Помочь пациентке занять удобное положение. Накрыть ее. Удостовериться, что она чувствует себя нормально. Убрать ширму, если она использовалась</p>	<p>Обеспечение инфекционной безопасности</p>
<p>III. Окончание процедуры</p> <p>1. Провести дезинфекцию использованного инструментария (проконтролировать заполнение канала катетера раствором) с последующей утилизацией одноразовых инструментов. Вымыть и осушить руки</p>	<p>Обеспечение инфекционной безопасности</p>
<p>2. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции на нее пациентки</p>	<p>Обеспечение преемственности ухода</p>

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ МУЖЧИНЫ РЕЗИНОВЫМ КАТЕТЕРОМ

Цель: лечебная и диагностическая.

Показания: острая задержка мочи, промывание мочевого пузыря, послеоперационный период.

Оснащение: стерильный одноразовый набор, при отсутствии такового — стерильные катетер, перчатки, салфетки (средние — 4 штуки, малые — 2 штуки), глицерин (вазелиновое масло), пинцеты — 2, лотки; подкладная клеенка и пеленка, антисептический раствор, емкость для сбора мочи, хнащение для подмывания.

Обязательное условие: процедура введения катетера проводится при строгом соблюдении 1септики, так как слизистая оболочка мочевого пузыря обладает слабой сопротивляемостью «нфекции.

Этапы	Обоснование
<p>I. Подготовка к процедуре</p> <p>I Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Объяснить цель и последовательность проведения предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение процедуры. Если процедура проводится в палате, отгородить пациента ширмой</p>	<p>Психологическая подготовка пациента к процедуре. Мотивация к сотрудничеству. Соблюдение прав пациента на информацию</p>
<p>. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки</p>	<p>Обеспечение инфекционной безопасности</p>
<p>Подготовить оснащение</p>	<p>Соблюдение необходимого условия эффективности процедуры</p>
<p>Надеть перчатки. Подстелить под таз пациента впитывающую пеленку (или клеенку и пеленку).</p>	<p>Обеспечение инфекционной безопасности</p>
<p>Помочь пациенту занять необходимое для процедуры положение: на спине с полусогнутыми разведенными ногами (поза «лягушачья нога»)</p>	<p>Обеспечение доступа к уретре</p>
<p>Подмыть пациента. Снять перчатки и бросить их в непромокаемую емкость. Надеть стерильные перчатки</p>	<p>Обеспечение инфекционной безопасности</p>
<p>Выполнение процедуры</p> <p>Встать справа от пациента, в левую руку взять стерильную салфетку, обернуть ею половой член ниже " ловки</p>	<p>Обеспечение психологического комфорта пациента</p>
<p>Взять половой член между III и ГУ пальцами левой :уки, сдавить слегка головку, I и II пальцами отодви--г.ть крайнюю плоть</p>	<p>Обеспечение доступа к наружному отверстию мочеиспускательного канала</p>
<p>Смочить с помощью пинцета марлевый тампон в растворе фурацилина и обработать им наружное отвергшие мочеиспускательного канала и головку полового на</p> <p><i>имечание: уретра обрабатывается сверху вниз, го-ка полового члена — по часовой стрелке</i></p>	<p>Обеспечение инфекционной безопасности</p>

4. Поместить пинцет и тампон в лоток для использованного инструментария. Взять вторым стерильным пинцетом катетер на расстоянии 5—7 см от клюва (клюв катетера опущен вниз), обвести наружный конец катетера над кистью и зажать между IV и V пальцами (катетер располагается над кистью в виде дуги)	Обеспечение инфекционной безопасности
5. Обработать клюв катетера стерильным вазелиновым маслом	Облегчение введения катетера в мочеиспускательный канал
6. Удерживая I—II пальцами левой руки головку полового члена, ввести в мочеиспускательный канал первые 4—5 см катетера	Учет анатомических особенностей мочеиспускательного канала у мужчин
7. Перехватить катетер пинцетом еще на 3—5 см от головки и медленно погружать его в мочеиспускательный канал на длину 19—20 см. Левая рука при этом опускает половой член, как бы насаживая его на катетер	Учет длины и анатомических особенностей мочеиспускательного канала у мужчин
8. Опустить наружный конец катетера в емкость для сбора мочи	Профилактика попадания мочи на окружающие предметы
9. Наблюдать за выделением мочи. Когда моча пойдет каплями, надавить левой рукой на переднюю брюшную стенку над лобком. После прекращения мочевыделения осторожно извлечь катетер	Обеспечение промывания уретры остатками мочи
10. Поместить катетер в лоток для использованного материала. Убрать пеленку и клеенку и поместить их в мешок для использованного материала. Мочу вылить в унитаз. Снять перчатки. Вымыть руки	Обеспечение инфекционной безопасности
11. Помочь пациенту занять удобное положение. Накрыть его. Удостовериться, что он чувствует себя нормально. Убрать ширму, если она использовалась	Обеспечение психологической безопасности
III. Окончание процедуры	Обеспечение инфекционной безопасности
1. Провести дезинфекцию использованного инструментария (проконтролировать заполнение канала катетера раствором) с последующей утилизацией одноразовых предметов медицинского назначения. Вымыть и осушить руки	
2. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности ухода

ПОСТАНОВКА И ФИКСАЦИЯ ПОСТОЯННОГО КАТЕТЕРА

Цель: лечебная, диагностическая.

Показания: острая и хроническая задержка мочи, недержание мочи, коматозное состояние.

Оснащение: стерильный катетер Фолея, лотки, пинцеты, стерильное вазелиновое масло, салфетки, шарики, шприц, перчатки, мочеприемник, лейкопластырь.

Обязательное условие: тщательное соблюдение асептики, ежедневное промывание мочевого пузыря,

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре	Психологическая подготовка пациента к процедуре. Мотивация к сотрудничеству. Соблюдение права пациента на информацию
1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Объяснить суть и ход предстоящей процедуры, если он с ней не знаком. Получить согласие на проведение процедуры (если пациент в сознании)	
2. Подготовить оснащение	
3. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки	
4. Подмыть пациента	
5. Убрать использованный инструментарий. Сменить перчатки. Надеть стерильные	Обеспечение инфекционной безопасности
II. Выполнение процедуры	Катетер Фолея не требует фиксации лейкопластырем
1. Провести катетеризацию мочевого пузыря катетером Фолея (при его отсутствии можно использовать катетер Нелатона)	
2. Вывести мочу в лоток	Продолжение процедуры
3. Зафиксировать катетер, наполнить воздухом надувную манжету. Вскрыть стерильный шприц и наполнить его воздухом в объеме 2—3 мл. Соединить шприц с каналом воздуховода, который находится на наружном конце катетера Фолея. Ввести через порт катетера воздух в манжету. Снять шприц с воздуховода. Слегка потянуть катетер наружу, убедиться в том, что он зафиксирован	Манжета, заполненная воздухом, фиксирует катетер в мочевом пузыре, но не препятствует оттоку мочи
4. Соединить наружный конец катетера с мочеприемником (лучше градуированным). Можно прикрепить трубку катетера пластырем к бедру, не натягивая катетер	Облегчение подсчета диуреза. Обеспечение более комфортного состояния пациента
5. Следить, чтобы система катетер-мочеприемник была замкнутой. Не промывать! В случае непроходимости заменить на новый — стерильный	Обеспечение инфекционной безопасности
6. Зафиксировать мочеприемник к кровати ниже ее плоскости	Обеспечение комфорта

7. Опорожнять мочеприемник, не нарушая целостности системы, через отводной порт	Обеспечение инфекционной безопасности
8. Дважды в сутки осматривать область уретры вокруг катетера и кожу промежности; обрабатывать промежность и 10 см проксимального участка катетера водой с жидким мылом, осушать полотенцем	Обеспечение возможности убедиться что моча не подтекает. Обеспечение инфекционной безопасности
III. Окончание процедуры	Выполнение обязательного условия
1. Удалять катетер по истечении назначенного времени после удаления воздуха из надувной манжеты	удаления катетера из мочевого пузыря ⁵
2. Дезинфицировать весь использованный инструментарий. Утилизировать одноразовый после дезинфекции	Обеспечение инфекционной безопасности

ПРОМЫВАНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Цель: лечебная, диагностическая.

Показания: удаление гноя, продуктов распада тканей, мелких камней и песка, подготовка к цистоскопии.

Оснащение: набор для подмывания, для катетеризации, стерильный лоток, 0,02 % раствор фурацилина — 1 л при t 37—40 °С, стерильный одноразовый набор для промывания или шприц Жанэ; или стеклянная кружка Эсмарха, перчатки стерильные и нестерильные, пеленка, салфетки, судно; водный термометр.

Противопоказания: свежие травмы уретры и мочевого пузыря, острый уретрит.

Обязательное условие: процедура проводится при строгом соблюдении асептики.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре	Психологическая подготовка пациента ¹ к процедуре. Мотивация к сотрудничеству. Соблюдение прав пациента.
1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Объяснить цель и последовательность проведения предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение процедуры	
2. Подготовить оснащение. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки	Соблюдение необходимых условий проведения процедуры
3. Подмыть пациента. Сменить перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
4. Провести катетеризацию мочевого пузыря	Соблюдение необходимого условия выполнения процедуры
5. Определить количество выделенной по катетеру мочи и освободить лоток (вылить мочу в судно)	Учет возможного изменения емкости пузыря в результате его стойкого сращения или сморщивания
II. Выполнение процедуры	Обеспечение эффективности процедуры
1. Набрать в шприц Жанэ теплый раствор антисептика в количестве 150—200 мл. <i>Примечание: можно заменить шприц Жанэ кружкой Эсмарха, наполнив ее 1 л одноименного раствора</i>	

2. Соединить шприц Жане со свободным концом катетера. Ввести раствор в мочевого пузырь, медленно надавливая на поршень	Обеспечение эффективности процедуры
3. Отсоединить шприц от катетера и выпустить промывные воды в лоток	Обеспечение самостоятельного выхода промывных вод через катетер наружу
4. Следить за отхождением промывных вод по катетеру (возможно наличие хлопьев, мути, песка)	Осуществление контроля за ходом процедуры
5. Набрать вторую порцию антисептика в шприц и ввести в мочевого пузырь. Повторить введение антисептика 4—5 раз. <i>Примечание: освободить лоток от промывных вод нужно по мере его заполнения, сливая их в судно</i>	Оценка критерия эффективности процедуры: таковым при наличии примесей служит появление чистых промывных вод
6. Удалить катетер из мочевого пузыря после выведения последней порции промывных вод. Поместить катетер в лоток для использованных инструментов. Убедиться, что пациент чувствует себя нормально. По окончании процедуры предупредить пациента о соблюдении постельного режима на протяжении 30—60 мин	Обеспечение эффективности процедуры, профилактика инфицирования
III. Окончание процедуры 1. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразового. Снять перчатки, вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
2. Сделать запись в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности ухода

ГЛАВА 11

ПУНКЦИИ

УЧАСТИЕ МЕДСЕСТРЫ В ПРОВЕДЕНИИ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ

Цель: лечебная и диагностическая.

Показания: скопление патологического содержимого (выпота) в плевральной полости, промывание полости, введение лекарственных препаратов.

Оснащение: очки, маска, стерильные перчатки, перевязочный материал, йод, 70 % раствор спирта, одноразовые шприцы и иглы, 0,25 % раствор новокаина, игла Дюфо, резиновая трубка с канюлей, зажим Мора, емкость для плевральной жидкости, пробирки, предметные стекла, лейкопластырь или клеол, емкости с дезинфицирующим раствором, аптечка анти-ВИЧ, нашатырный спирт, противошоковый набор, плевроаспиратор, резиновый фартук для врача, тонометр, фонендоскоп, подушка, пеленка, стул, бланки направлений.

Противопоказания: определяет врач.

Примечание: в манипуляции, как правило, участвуют процедурная и палатная медсестры.

Этапы	Обоснование	Обеспечение
I. Подготовка к процедуре 1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Объяснить цель и последовательность предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение процедуры (если пациент в сознании)	Психологическая подготовка пациента к процедуре. Мотивация к сотрудничеству. Соблюдение прав пациента на информацию	Палатная медсестра
2. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности	Процедурная медсестра
3. Накрыть стерильный стол и подготовить необходимое оснащение	Обеспечение эффективного проведения процедуры	
4. Помочь врачу подготовиться к процедуре (обработка рук, надевание стерильной одежды)	Обеспечение инфекционной безопасности	
II. Выполнение процедуры 1. Провести по назначению врача премедикацию	Обеспечение психологической безопасности пациента	Палатная медсестра
2. Доставить пациента в процедурный кабинет	Обеспечение физической без-	

Измерить пациенту артериальное давление	Контроль гемодинамических показателей		
Положить на спинку стула подушку. Пациенту сесть лицом к спинке стула. Попросить его положить обе руки на (поза первоклассника)	Обеспечение эффективного проведения процедуры		
Попросить пациента наклониться в сторону противоположную той, где намечена манипуляция. Попросить пациента поить руку со стороны манипуляции на противоположное плечо	Обеспечение наиболее удобного положения для манипуляции		
стирать врачу при проведении пшии (обработка операционного поля, введение анестезии, подача инструментария ,сбор материала на исследование)	Обеспечение эффективного проведения процедуры	Процедурная мед-сестра	
Следить за состоянием пациента во время процедуры	Обеспечение физической и психической безопасности пациента	Все участники	
Наложить стерильную повязку после проведения процедуры	Обеспечение безопасности	инфекционной	Процедурная мед-сестра
Сопроводить пациента в палату на каталке. Обеспечить наблюдение за состоянием пациента в течение 2—3 ч после	Профилактика осложнений		Палатная медсестра
Назначение процедуры Произвести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразовых предметов медицинского назначения. Вымыть и осушить	Обеспечение безопасности	инфекционной	Процедурная мед-сестра
вить пробирки с материалом и на-ением в лабораторию	Выполнение условий получения достоверного результата		Палатная медсестра
Сделать запись в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции	Обеспечение преемственности сестринского ухода		

УЧАСТИЕ МЕДСЕСТРЫ В ПРОВЕДЕНИИ ЛЮМБАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ

Цель: лечебная и диагностическая.

Показания: внутричерепное кровоизлияние, повышение внутричерепного давления, нейроинфекция.

Оснащение: стерильные перчатки, 4—6 стерильных пробирок, 2 пункционные иглы Вири, манометрическая трубка для определения давления спинно-мозговой жидкости, эфир, йод, 0,5 % раствор новокаина, шприц, инъекционная игла, 70 % раствор спирта, перевязочный материал, лейкопластырь или клеол, емкости с дезинфицирующим раствором, нашатырный спирт, стерильные пеленки, бланки направлений.

Противопоказания: определяет врач.

Примечание: в манипуляции, как правило, участвуют процедурная и палатная медсестры.

Этапы	Обоснование	Обеспечение
I. Подготовка к процедуре в день перед манипуляцией 1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Объяснить суть и ход предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение процедуры (если пациент в сознании)	Психологическая подготовка пациента к процедуре. Мотивация к сотрудничеству. Соблюдение прав пациента на информацию	Палатная медсестра
2. Вечером (если позволяет состояние пациента) поставить пациенту очистительную клизму	Обеспечение эффективного проведения процедуры	
3. Вечером обеспечить проведение гигиенической ванны или гигиенического душа (если позволяет состояние пациента)	Обеспечение инфекционной безопасности	
II. Подготовка к процедуре в день манипуляции 1. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала	Процедурная медсестра
2. Накрыть стерильный стол и подготовить необходимое оснащение	Обеспечение эффективного проведения процедуры	
3. Помочь врачу подготовиться к процедуре (обработка рук, надевание стерильной одежды)	Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала	
III. Выполнение процедуры 1. Провести по назначению врача премедикацию	Обеспечение психологической безопасности	Палатная медсестра
2. Доставить пациента в процедурный кабинет на каталке	Обеспечение физической безопасности пациента	
3. Помочь пациенту лечь на кушетку (операционный стол) на левый бок (колени согнуты и подтянуты к животу)	Обеспечение эффективного проведения процедуры	

...легировать врачу при проведении "пункции (подача инструментария, обработка операционного поля, проведение анестезии, измерение давления спинномозговой жидкости, сбор материала на исследование)	Обеспечение эффективного проведения процедуры	Процедурная медсестра
Следить за состоянием пациента во время процедуры	Обеспечение физической и психологической безопасности пациента	Все участники
Наложить стерильную повязку после проведения процедуры	Обеспечение инфекционной безопасности	Процедурная медсестра
Транспортировать пациента в палату на каталке в положении лежа на животе. Помочь пациенту лечь в постель в положении лежа на животе без подушки. Обеспечить в течение 2—3 дней соблюдение пациентом постельного режима	Профилактика осложнений	Палатная медсестра
Назначение процедуры Произвести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразовых предметов медицинского назначения. Вымыть и осушить руки.	Обеспечение инфекционной безопасности	Процедурная медсестра
Подготовить пробирку с материалом и направить в лабораторию.	Выполнение условий получения достоверного результата	Палатная медсестра
Сделать запись в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции	Обеспечение преемственности сестринского ухода	Палатная медсестра

УЧАСТИЕ МЕДСЕСТРЫ В ПРОВЕДЕНИИ СТЕРИЛЬНОЙ ПУНКЦИИ

Цель: диагностическая.

заболевания крови и кроветворных органов,

инструменты: стерильные перчатки, игла Кассирского, йод, 0,5 % раствор новокаина, стерильные иглы, 70 % раствор спирта, перевязочный материал, лейкопластырь или клеол, емкости с дезинфицирующим раствором, нашатырный спирт, стерильные пеленки, бланки направлений,

показания: определяет врач,

участники: в манипуляции, как правило, участвуют процедурная и палатная медсестры.

Этапы	Обоснование	Обеспечение
Подготовка к процедуре Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Объяснить цель и последовательность проведения предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение процедуры (если пациент в сознании)	Психологическая подготовка пациента к процедуре. Мотивация к сотрудничеству. Соблюдение прав пациента на информацию	Палатная медсестра

2. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки	Обеспечение безопасности	инфекционной	Процедурная медсестра
3. Накрыть стерильный стол и подготовить необходимое оснащение	Обеспечение проведения процедуры	эффективного	
4. Помочь врачу подготовиться к процедуре (обработка рук, надевание стерильной одежды)	Обеспечение безопасности	инфекционной	
П. Выполнение процедуры			Палатная медсестра
1. Провести по назначению врача премеди-кацию	Обеспечение безопасности	психологической	
2. Доставить пациента в процедурный кабинет на каталке	Обеспечение безопасности пациента	физической	
3. Уложить пациента на кушетку (операционный стол) на спину без подушки	Обеспечение проведения процедуры	эффективного	Процедурная медсестра
4. Ассистировать врачу при проведении пункции (обработка операционного поля, проведение анестезии, подача инструментария)	Обеспечение проведения процедуры	эффективного	
5. Следить за состоянием пациента во время процедуры	Обеспечение психической пациента	физической и безопасности	Все участники
6. Наложить стерильную повязку после проведения процедуры	Обеспечение	инфекционной	Процедурная медсестра
7. Сделать мазок костного мозга на стекле <i>как можно быстрее</i>	Обеспечение результата	достоверного	
8. Транспортировать пациента в палату на каталке. Обеспечить наблюдение за состоянием пациента в течение 2—3 ч после пункции	Профилактика осложнений		Палатная медсестра
III. Окончание процедуры			Процедурная медсестра
1. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразовых предметов медицинского назначения. Вымыть и осушить руки	Обеспечение безопасности	инфекционной	
2. Доставить мазки с направлением в лабораторию	Выполнение условия получения достоверного результата		
3. Сделать запись в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности сестринского ухода		Палатная медсестра

УЧАСТИЕ МЕДСЕСТРЫ В ПРОВЕДЕНИИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ

Цель: лечебная и диагностическая.

Показания: асцит.

Оснащение: стерильные перчатки, йод, 0,5 % раствор новокаина, 70 % раствор спирта, стерильные шприцы и иглы, ножницы, пинцет, 2 зажима, троакар, резиновый катетер, иглодержатель, режущая игла, шелк, перевязочный материал, лейкопластырь или клеол, 1—2 пробирки, клеенчатый фартук, полотенце или простыня, емкость для сбора асцитической жидкости, емкости с дезинфицирующим раствором, нашатырный спирт, бланки направлений.

Противопоказания: определяет врач.

Примечание: в манипуляции, как правило, участвуют процедурная и палатная медсестры.

Этапы	Обоснование	Обеспечение
Подготовка к процедуре в день перед манипуляцией Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Объяснить цель и проведение предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение процедуры (если пациент в сознании)	Психологическая подготовка пациента к процедуре. Мотивация к сотрудничеству. Соблюдение прав пациента на информацию	Палатная медсестра
Вечером поставить пациенту очистительную клизму	Обеспечение эффективного проведения процедуры	
Подготовка к процедуре в день манипуляции Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности	Процедурная медсестра
Накрыть стерильный стол и подготовить необходимое оснащение	Обеспечение эффективного проведения процедуры	
Помочь врачу подготовиться к процедуре (обработка рук, надевание стерильной одежды)	Обеспечение инфекционной безопасности	
Обеспечить опорожнение мочевого пузыря пациента перед процедурой	Обеспечение эффективного проведения процедуры	Палатная медсестра
Выполнение процедуры Провести по назначению врача премедикацию	Обеспечение психологической безопасности	
Доставить пациента в процедурный кабинет на каталке	Обеспечение физической безопасности пациента	
Помочь пациенту сесть на стул таким образом, чтобы его спина плотно прижималась к стенке стула (если пациент не может сидеть, пункция проводится в положении лежа на правом боку). Поставить между ног пациента емкость для сбора асцитической жидкости	Обеспечение эффективного проведения процедуры	
Закрывать ноги пациента клеенчатым фар-ком, конец которого опустить в таз	Обеспечение инфекционной безопасности	

5. Ассистировать врачу при проведении пункции (обработка операционного поля, проведение анестезии, прокол брюшной полости, сбор материала на исследование, наложение швов и асептической повязки)	Обеспечение эффективного проведения процедуры	Процедурная медсестра
6. Следить за состоянием пациента во время процедуры	Обеспечение физической и психологической безопасности пациента	Все участники
7. После начала выведения жидкости положить на живот больного выше места прокола сложенную в длину простыню (большое полотенце) и завязать ее за спиной пациента. По мере выведения жидкости постепенно стягивать простыню вокруг живота пациента	Профилактика развития кол-лаптоидного состояния	Палатная медсестра
8. Наложить стерильную повязку после проведения процедуры	Обеспечение инфекционной безопасности	Процедурная медсестра
9. Транспортировать пациента в палату на каталке в положении лежа на спине с зафиксированной простыней или полотенцем. Обеспечить в течение дня соблюдение пациентом строгого постельного режима. Следить за состоянием повязки	Профилактика осложнений	Палатная медсестра
IV. Окончание процедуры	Обеспечение инфекционной безопасности	Процедурная медсестра
1. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразовых предметов медицинского назначения. Вымыть и осушить руки		
2. Доставить пробирку с материалом и направлением в лабораторию	Выполнение условий получения достоверного результата	Палатная медсестра
3. Сделать запись в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности сестринского ухода	

ГЛАВА 12

ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ «ПРАВИЛА И ТЕХНИКА ПОЛУЧЕНИЯ ПРОБ КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ В ЛАБОРАТОРИИ КЛИНИЧЕСКОЙ МИКРОБИОЛОГИИ»

Для микробиологического исследования всех видов клинического материала необходимо: собирать материал в стерильную посуду с пробками, полученную в лаборатории; жечь спиртовку в клиническом отделении; соблюдать правила асептики при взятии пробы; брать материал для посева до начала специфической антибактериальной терапии или, по крайней мере, через 6—12 ч после последнего введения антибиотика; доставлять материал в лабораторию не позднее чем через 2 ч от момента взятия пробы; в экстренных случаях (при невозможности доставки материала сразу же в лабораторию — вечернее время, выходные дни) пробы клинического материала (кроме проб ликвора и крови) следует хранить в холодильнике при температуре 8—10 °С, затем передавать в лабораторию, недостаточно строгое соблюдение правил получения материала для микробиологического использования приводит к ошибкам в определении возбудителя и его антибиотикочувствительности.

ПРАВИЛА ЗАБОРА МАТЕРИАЛА

Посуда, простерилизованная в бактериологической лаборатории, считается стерильной 3 сут. Любой материал нужно не только правильно взять, но и правильно хранить, если нет возможности доставить его в лабораторию.

Направление на исследование должно быть четко заполнено, с указанием данных о больном, даты заболевания, забора материала, цели исследования. Материал следует транспортировать в специальных контейнерах.

От соблюдения всех правил забора, хранения и доставки материала зависит выявление возбудителя заболевания.

МОКРОТЫ

Мокроту собирают утром, после сна натощак, так как она более богата микрофлорой. Пациент должен вечером почистить зубы, а утром тщательно прополоскать рот. Мокроту собирают в чистую (стерильную) баночку, плевательницу с закручивающейся пробкой или чашку Петри.

Выделению мокроты способствует глубокий вдох и покашливание, которое пациент должен выполнять над раковиной.

Мокроту следует доставлять в лабораторию немедленно, поскольку некоторые ее элементы, например опухолевые клетки, могут быстро разрушиться.

- При подозрении на туберкулез легких мокроту исследуют методом флотации, собирают утреннюю порцию в чистую сухую плевательницу; если же количество мокроты недостаточно, ее собирают в течение суток, храня в прохладном месте.
- Для бактериологического исследования и выявления чувствительности микрофлоры к антибиотикам пациент сплевывает мокроту в стерильную чашку Петри.

СБОР КАЛА

- Кал для исследования должен быть собран в чистую, сухую, достаточно просторную стеклянную посуду.
- Кал собирают сразу после дефекации, желательно в теплом виде, чтобы в нем не произошли изменения под действием ферментов и микроорганизмов.
- Кал для исследования лучше собирать после самостоятельного акта дефекации.
- Кал для исследования нельзя собирать после клизм, употребления слабительных, введения свечей, приема внутрь красящих веществ, касторового и вазелинового масла, белладонны, пилокарпина, железа, висмута, бария.

МАЗОК ИЗ ЗЕВА

Цель: диагностическая. Показания: назначение врача.

Оснащение: шпатель, стерильные пробирки с пробками и с влажными ватными тампонами на деревянных или металлических палочках, штатив, спиртовка, спички, емкость с дезинфектан-том.

Обязательное условие: медсестра производит взятие материала, одевшись по форме: в халате, колпаке, маске, перчатках.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес	Установление контакта с пациентом. Психологическая и эмоциональная подготовка
2. Объяснить пациенту суть и ход предстоящей процедуры. <i>Примечание: перед забором материала в амбулаторных условиях или экстренно в стационаре выяснить, когда ел и пил пациент, так как материал берется натощак или не ранее чем через 2 ч после еды, питья, полоскания горла (прием пищи, питье, полоскание частично удаляют микрофлору)</i>	Психологическая подготовка к манипуляции. Обеспечение эффективности дальнейших исследований
3. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдение прав пациента
4. Подготовить оснащение	Обеспечение эффективного проведения процедуры
5. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки, маску	Обеспечение инфекционной безопасности

<p>Выполнение процедуры</p> <p>1. Забор материала: зажечь спиртовку; попросить пациента слегка запрокинуть голову и широко открыть рот; взять в левую руку пробирку и шпатель; придавить шпателем корень языка книзу и кпереди; правой I рукой за пробку извлечь стерильный тампон из про-бирки; осторожно, не касаясь слизистой оболочки "злости рта и языка, провести стерильным тампоном по дужкам, нёбным миндалинам, задней стен- [глотки (при подозрении на дифтерию снять налет на границе пораженного участка); извлечь тампон из полости рта. Обжечь края пробирки над спиртовкой; поместить полученный материал в стерильную пробирку, не касаясь ее стенок; затупить спиртовку</p>	<p>Выполнение условий, позволяющих правильно взять материал</p>
<p>2. Взятие мазков производить под визуальным контролем при достаточном освещении; на границе пораженного участка больше возбудителей</p>	<p>Обеспечение эффективности процедуры</p>
<p>II. Окончание процедуры</p> <p>1. Провести дезинфекцию использованного инструментария. Провести утилизацию одноразового инстру- ментария. Вымыть и осушить руки</p>	<p>Обеспечение инфекционной безопасности</p>
<p>2. Оформить направление в бактериологическую лабораторию; отправить материал в бактериологическую лабораторию не позднее чем через 2 ч от момента взятия пробы.</p> <p><i>Примечание: в экстренных случаях (при невозможности поставки материала сразу же в лабораторию — вечер-т е время, выходные дни) пробы клинического материала хранят в холодильнике при температуре 8—10 °С, затем передают их в лабораторию</i></p>	<p>Выполнение условий получения достоверного результата</p>
<p>. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции пациента</p>	<p>Обеспечение преемственности ухода</p>

МАЗОК ИЗ НОСА

Цель: диагностическая.

Показания: назначения врача.

Оснащение: стерильные пробирки с пробками и с ватными тампонами на деревянных или метал-ьских палочках, штатив, спиртовка, спички, емкость с дезинфектантом.

Обязательное условие: медсестра производит взятие материала, одевшись по форме: в халате, плаке, маске,

Этапы	Обоснование
<p>Подготовка к процедуре</p> <p>Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес. Объяснить пациенту суть и ход предстоящей процедуры. Получить его согласие на проведение процедуры</p>	<p>Установление контакта с пациентом. Психологическая и эмоциональная подготовка. Соблюдения прав пациента</p>

2. Подготовить оснащение	Обеспечение эффективного проведения процедуры
3. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки, маску	Обеспечение инфекционной безопасности
<p>II. Выполнение процедуры</p> <p>1. Забор материала: зажечь спиртовку; попросить пациента слегка запрокинуть голову; взять в левую руку пробирку; указательным пальцем левой руки приподнять кончик носа пациента; вращательными движениями, плотно прикасаясь к стенкам, ввести тампон сначала в один носовой ход, затем в другой, на глубину 1,5—2 см; извлечь тампон из полости носа; обжечь края пробирки над спиртовкой; поместить полученный материал в стерильную пробирку, не касаясь ее стенок; затушить спиртовку.</p> <p><i>Примечание: взятие мазков производится при достаточном освещении</i></p>	Выполнение условий, позволяющих правильно взять материал
<p>III. Окончание процедуры</p> <p>1. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразового. Вымыть и осушить руки</p>	Обеспечение инфекционной безопасности
<p>2. Подписать пробирки (правая/левая ноздря). Оформить направление в бактериологическую лабораторию; отправить материал в бактериологическую лабораторию не позднее чем через 2 ч от момента взятия пробы. <i>Примечание: в экстренных случаях (при невозможности доставки материала сразу же в лабораторию — вечернее время, выходные дни) пробы клинического материала хранят в холодильнике при температуре 8—10 °С, затем передают в лабораторию</i></p>	Выполнение условий получения достоверного результата
3. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности ухода

ЗАБОР КРОВИ ИЗ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ВЕНЫ

Цель: диагностическая.

Показания: назначение врача.

Оснащение: одноразовые шприцы емкостью 10—20 мл, стерильные иглы для забора крови, стерильные ватные тампоны и салфетки, перчатки, маска, защитные очки, 70 % раствор этилового спирта, металлический контейнер с ячейками для транспортировки пробирок в лабораторию, клеенчатая подушечка, жгут, емкость с дезраствором, аптечка анти-ВИЧ. Обязательное условие: медсестра производит взятие материала, одевшись по форме: халат.

1. маска, защитные очки, перчатки.

Этапы	Обоснование
Подготовка к процедуре Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он : данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес. Объяснить пациенту цель и суть проведения процедуры. Получить его согласие на нее	Установление контакта с пациентом. Психологическая подготовка к манипуляции. Соблюдение прав пациента
Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала
Подготовить необходимое оснащение	Обеспечение эффективного проведения процедуры
Помочь пациенту занять положение (лежа на спине или сидя), при котором хорошо доступна предполагаемая область пункции. Попросить пациента освободить соответствующий участок тела от одежды	Обеспечение доступа к месту инъекции
Осмотреть и путем пальпации выбрать непосредственное место пункции. <i>Примечание: чаще используются вены локтевого сгиба, реже вены кисти или предплечья</i>	Профилактика осложнений
Надеть маску, защитные очки, перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
Выполнение процедуры Подложить под локоть пациента клеенчатую подушку	Обеспечение максимального разгибания конечности в локтевом суставе
Наложить жгут в средней трети плеча (на рубашку или марлевую салфетку) так, чтобы его свободные концы были направлены вверх, а петля — вниз, проверить пульс на лучевой артерии. <i>Примечание: при наложении жгута женщине не использовать руку на стороне мастэктомии; при применении специальной венозной манжеты зацелкнуть на ней клапан и потянуть за свободный конец до остановки венозного кровотока (пульс не должен исчезнуть после наложения жгута)</i>	Обеспечение доступа к венам локтевого сгиба. Снижение болезненности при наложении жгута

<p>3. Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кулак, зажать его. Пропальпировать вену, определяя ее ширину, глубину залегания, направление, подвижность, наличие уплотнений.</p> <p><i>Примечание: все действия после наложения жгута следует выполнять быстро и последовательно: длительный стаз (1 мин) способен вызвать изменения концентрации белков на 5—15 %, газов крови, электролитов (K, Ca), билирубина, показателей коагулограммы</i></p>	<p>Обеспечение наилучшего наполнения вен кровью. Определение наиболее удобной для пункции вены</p>
<p>4. Обработать перчатки ватным шариком, смоченным спиртом. Обработать область локтевого сгиба двумя ватными шариками, смоченными спиртом. Движение шариков осуществлять в одном направлении. Первым шариком обрабатывать площадь локтевого сгиба, вторым — непосредственно место пункции</p>	<p>Обеспечение инфекционной безопасности</p>
<p>5. Взять шприц в правую руку: указательный палец фиксирует канюлю иглы, остальные обхватывают цилиндр шприца</p>	<p>Обеспечение фиксации и управления иглой</p>
<p>6. Натянуть кожу по ходу выбранной вены большим пальцем левой руки к периферии и прижать ее, фиксируя вену. Держа иглу срезом вверх, не меняя положения шприца в руке, под углом до 30° пунктировать кожу и ввести иглу на 1/3 длины параллельно вене</p>	<p>Осуществление техники двухмоментной пункции вены</p>
<p>7. Продолжая левой рукой фиксировать вену, слегка изменить направление иглы (примерно на 15°) и осторожно пунктировать вену, пока не возникнет ощущение «попадания в пустоту». Зафиксировать правую руку со шприцем в данном положении.</p> <p><i>Примечание: можно использовать одномоментный способ пункции вены</i></p>	<p>Профилактика выхода иглы из вены или прокола нижней стенки вены</p>
<p>8. Убедиться, что игла в вене: перенести левую руку на поршень и потянуть его на себя — в шприце должна появиться кровь</p>	<p>Профилактика осложнений</p>
<p>9. Продолжая медленно тянуть на себя поршень, набрать в шприц необходимое количество крови. Следить за общим состоянием пациента.</p> <p><i>Примечание: чересчур быстрое всасывание и использование игл слишком большого диаметра вызывает частичный гемолиз крови; применение закрытых вакуумных пробирок со специальными иглами заметно убыстряет процесс сбора крови и снижает риск гемолиза</i></p>	<p>Обеспечение эффективности процедуры</p>
<p>10. Попросить пациента разжать кулак. Развязать жгут, потянув за один из свободных концов. <i>Примечание: при использовании венозной манжеты нажать левой рукой на клапан замка</i></p>	<p>Восстановление венозного кровотока</p>
<p>11. Прижать, не надавливая на вену, к месту пункции шарик, смоченный спиртом, извлечь иглу и согнуть руку пациента в локтевом суставе. Попросить пациента держать руку согнутой не менее 5 мин</p>	<p>Профилактика осложнений</p>

12. Осторожно медленно выпустить кровь из шприца по стенке в пробирку. Поместить шприц в лоток для использованного материала. Закрывать пробирку резиновой пробкой	Профилактика гемолиза крови. Обеспечение инфекционной безопасности
13. Спросить пациента о самочувствии. Убедиться, что наружное кровотечение в области пункции отсутствует. Забрать шарик, фиксирующий место пункции, и поместить его в дезраствор	Обеспечение инфекционной безопасности
14. Обеспечить доставку крови в лабораторию	Обеспечение своевременной доставки в лабораторию
III. Окончание процедуры 1. Подвергнуть дезинфекции использованный инструментарий с последующей утилизацией одноразового. Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
2. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции пациента. После получения результатов исследования вклеить бланк в карту стационарного больного	Обеспечение преемственности сестринского ухода
Критерии оценки и контроля качества выполнения Наличие записи о выполнении Своевременность выполнения и доставки в лабораторию Отсутствие осложнений Удовлетворенность пациента Достоверность результата исследования	

ВЗЯТИЕ КРОВИ ИЗ ВЕНЫ В ВАКУУМНЫЕ КОНТЕЙНЕРЫ

Цель: диагностическая.

Оснащение: венозный жгут, вакуумная система для забора крови: вакуумная пробирка (1 и более), держатель, двухсторонняя игла (2—3), стерильные ватные тампоны, стерильные перчатки, контейнер для утилизации игл, маска, защитные очки, лоток, 70 % раствор этилового спирта (или другой кожный антисептик), контейнер с ячейками для транспортировки пробирок в лабораторию, аптечка анти-ВИЧ, 0,5 % раствор нашатырного спирта.

Обязательное условие: медсестра производит взятие материала, одевшись по форме: халат, шапочка, маска, защитные очки, перчатки

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес	Установление контакта с пациентом
2. Объяснить пациенту цель и последовательность предстоящей процедуры	Психологическая подготовка к манипуляции
3. Получить согласие пациента на процедуру	Соблюдение прав пациента

4. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала
5. Подготовить необходимое оснащение. Оформить направления	Обеспечение эффективного проведения процедуры
6. Надеть маску, защитные очки	Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала
II. Выполнение процедуры	Обеспечение доступа к месту инъекции. Профилактика осложнений
1. Помочь пациенту занять удобное положение (лежа на спине или сидя), при котором хорошо доступна предполагаемая область пункции. Попросить пациента освободить соответствующий участок тела от одежды. Путем осмотра и пальпации определить непосредственное место пункции	
2. Подложить под локоть пациента клеенчатую подушку	Обеспечение максимального разгибания конечности в локтевом суставе
3. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
4. Наложить венозную манжету в средней трети плеча, защелкнуть на ней клапан и потянуть за свободный конец до остановки венозного кровотока (пульс на лучевой артерии не изменяется!). <i>Примечание: можно наложить одноразовый жгут</i>	Обеспечение доступа к венам локтевого сгиба. Снижение болезненности при наложении жгута. Профилактика образования гематом
5. Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кулак, а затем зажать его. Поступательными движениями от периферии к центру помассировать предплечье пациента. Пропальпировать вену, определяя ее ширину, глубину залегания, направление, плотность и подвижность	Обеспечение наилучшего наполнения вен кровью
6. Обработать область локтевого сгиба ватными шариками, смоченными спиртом. Движение шариков осуществлять в одном направлении. Первым шариком обработать площадь локтевого сгиба, вторым — непосредственно место пункции	Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала
7. Взять иглу левой рукой за цветной колпачок (зеленый, желтый, черный), правой вывернуть и снять белый защитный колпачок	Обеспечение безопасной технологии
8. Ввернуть в иглодержатель освободившийся конец иглы в резиновом чехле и завинтить его до упора	Профилактика осложнений в процессе забора крови
9. Снять цветной защитный колпачок с другого конца иглы	Подготовка к пункции
10. Зафиксировать выбранную вену большим пальцем левой руки: потянуть кожу к периферии по ходу вены и прижать ее. Ввести систему держатель—игла в вену пациента, как это делается при обычной процедуре взятия крови шприцем. <i>Примечание: в этот момент кровь не проходит по игле, так как второй конец закрыт резиновой мембраной</i>	Обеспечение технологии выполнения процедуры

11. Зафиксировать держатель левой рукой, правой взять пробирку и вставить ее крышкой в держатель	Профилактика выхода иглы из вены или прокола ее нижней стенки
12. Удерживать выступы держателя указательным и средним пальцем правой руки, большим пальцем надеть пробирку на иглу до упора (игла прокалывает резиновую мембрану и резиновую пробку в крышке пробирки, из-за чего образуется канал между пробиркой с вакуумом и полостью вены)	Обеспечение безопасности процедуры
13. Ослабить венозную манжету, нажав левой рукой на клапан замка, или ослабить жгут, как только кровь начнет поступать в пробирку	Выполнение технологии процедуры
14. Извлечь пробирку из держателя после заполнения ее до необходимого объема (кровь поступает в пробирку до тех пор, пока не компенсируется созданный в пробирке вакуум)	Обеспечение эффективности процедуры
15. Перемешать содержимое пробирки (при использовании пробирок с добавками), аккуратно переворачивая ее нужное количество раз, и поставить в штатив. <i>Примечание: от момента наложения манжеты до перемешивания крови в пробирке должно пройти не более 2 мин</i>	Обеспечение достоверности результатов исследования
16. Вставить в держатель следующую пробирку. Повторить описанные в пунктах 14, 15 действия, меняя пробирки необходимое число раз (резиновая мембрана при снятии пробирки с иглы возвращается в исходное положение и перекрывает ток крови по игле)	Продолжение процедуры
17. Прижать к месту пункции шарик, смоченный спиртом, и извлечь держатель с иглой из вены после того, как заполнится последняя пробирка. Закрыть иглу (сразу же) защитным чехлом держателя или иглы	Обеспечение инфекционной безопасности, профилактика травм
18. Поместить иглу с держателем в специальный контейнер. Попросить больного держать руку согнутой в суставе не менее 5 мин	Профилактика осложнений
19. Поместить ватный шарик по прошествии положенного времени в контейнер с дезинфектантом или попросить пациента сделать это самостоятельно	Обеспечение инфекционной безопасности
20. Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально	Профилактика и своевременная диагностика осложнений, обеспечение психологического комфорта пациента
21. Промаркировать пробирки, установить их в контейнер с ячейками и отправить в лабораторию	Обеспечение доставки в лабораторию
III. Окончание процедуры 1. Снять и протереть очки, перчатки и маску, замочить в дезинфицирующем растворе. Утилизировать использованный инструментарий	Обеспечение инфекционной безопасности (утилизация и дезинфекция вакуумных систем подобна утилизации одноразовых шприцев)

2. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента. После получения результатов исследования вклеить бланк в карту стационарного больного	Обеспечение преемственности сестринского ухода
Проблемы медсестры по ходу забора крови	Действия медсестры
Игла в вене, пробирка в держателе, кровь в пробирку не поступает. Причина: игла не попала в вену или пропунктировала ее насквозь	Вынуть пробирку из держателя. Благодаря эластичности пробки вакуум в пробирке полностью сохранится. Попытаться изменить положение иглы в вене, при отсутствии эффекта сменить иглу
Пробирка не заполнилась до указанного на этикетке объема. Причина: коллапс вены; в пробирку попал воздух (это возможно, если игла с надетой пробиркой находилась вне вены)	Вынуть пробирку из держателя, подождать пока вена наполнится и снова вставить пробирку. Если предполагается исследование сыворотки и объем крови для него достаточен, ее можно использовать. Если в пробирке антикоагулянт, соотношение его с кровью будет нарушено, поэтому следует повторить забор в новую пробирку

СБОР МОКРОТЫ НА КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Цель: диагностическая.

Показания: заболевания органов дыхания.

Оснащение: чистая сухая плевательница, бланки направлений.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Подготовку к процедуре осуществлять накануне вечером	Учет особенностей процедуры
2. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес	Установление контакта с пациентом
3. Объяснить пациенту цель и процесс проведения предстоящей процедуры, особенности подготовки к ней. Пациент должен сделать следующее: вечером, накануне исследования, перед сном тщательно почистить зубы; утром, после сна, натошак, тщательно прополоскать рот кипяченой водой; сделать несколько глубоких вдохов; открыть крышку плевательницы, откашляться и собрать мокроту в чистую сухую плевательницу (достаточно 5 мл); закрыть крышку плевательницы и поставить ее в специальный ящик в санитарной комнате	Психологическая подготовка к манипуляции. Обеспечение достоверности результата

Попросить пациента повторить информацию, задать вопросы по алгоритму подготовки и сбора мокроты	Контроль сформированного уровня знаний и умений
.Указать, к каким последствиям может привести не соблюдение рекомендаций медсестры (нарушение условий подготовки и сбора материала ведет к ошибочным результатам исследования, что затрудняет диагностику и лечение)	Обеспечение информированности пациента
Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдение прав пациента
Обеспечить пациента емкостью для сбора мокроты. При необходимости дать ему письменную инструкцию.	Обеспечение условий для проведения исследования
Выполнение процедуры Проконтролировать действия пациента по сбору молоты на исследование	Обеспечение сбора материала
Предоставить плевательницу с материалом в клиническую лабораторию на исследование	Обеспечение условий для проведения исследования
Окончание процедуры Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции пациента. Подклеить результаты исследования в медицинскую документацию	Обеспечение преемственности сестринского ухода

СБОР МОКРОТЫ НА БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Цель: диагностическая,

Показания: заболевания органов дыхания,

Оснащение: стерильная сухая плевательница (чашка Петри), бланки направлений.

Этапы	Обоснование
Подготовка к процедуре Подготовку к процедуре осуществлять накануне вечером	Учет особенностей процедуры
Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому по воду, как ее перенес	Установление контакта с пациентом
Объяснить пациенту цель, последовательность предстоящей процедуры и особенность подготовки к ней, обратив особое внимание на правила использования стерильной лабораторной посуды. Пациент должен «делать следующее: вечером, накануне исследования, перед сном тщательно почистить зубы; утром, после сна. натошак, тщательно прополоскать рот кипяченой	Психологическая подготовка к манипуляции. Обеспечение достоверности результата

водой; вымыть руки; откашляться, открыть крышку плевательницы и сплюнуть мокроту в стерильную сухую плевательницу, не касаясь краев посуды ртом или руками, стараться не допускать попадания слюны. Сразу же закрыть крышку плевательницы и отдать ее медсестре	
4. Попросить пациента повторить информацию, задать ему вопросы по алгоритму подготовки и сбора мокроты	Контроль сформированного уровня знаний и умений
5. Указать, к каким последствиям может привести несоблюдение рекомендаций медсестры (нарушение условий подготовки и сбора материала ведет к ошибочным результатам исследования, что затрудняет диагностику и лечение)	Обеспечение информированности пациента
6. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдение прав пациента
7. Обеспечить пациента емкостью для сбора мокроты. При необходимости дать ему письменную инструкцию	Обеспечение условий для проведения исследования
II. Выполнение процедуры	Обеспечение сбора материала
1. Проконтролировать действия пациента по сбору мокроты на исследование	
2. Доставить плевательницу с материалом в бактериологическую лабораторию на исследование	Обеспечение условий для проведения исследования
III. Окончание процедуры	Обеспечение преемственности сестринского ухода
1. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции пациента. Подклеить полученные результаты исследования в документацию	

СБОР МОКРОТЫ НА МИКОБАКТЕРИИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Цель: диагностическая.

Показания: заболевания органов дыхания.

Оснащение: чистая сухая емкость, бланки направлений.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Подготовку к процедуре осуществлять накануне вечером	Учет особенностей процедуры
2. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес	Установление контакта с пациентом

<p>Объяснить пациенту цель и этапы проведения предстоящей процедуры и особенности подготовки</p> <p>Пациент должен сделать следующее: вечером, накануне исследования, и утром, в день исследования, тщательно почистить зубы и прополоскать рот кипяченой водой; сплюнуть носоглоточную слизь и слюну; сделать несколько глубоких вдохов; открыть крышку плевательницы, откашляться и собрать в емкость только содержимое дыхательных путей, закрыть крышку плевательницы и поставить ее в специальный ящик в санитарной комнате.</p> <p><i>Примечание: если количество мокроты недостаточно, ее собирают в течение суток, ночью храня в прохладе и j отправляя в лабораторию вместе с утренней порцией</i></p>	<p>Психологическая подготовка к манипуляции. Обеспечение достоверности результата</p>
<p>1 Попросить пациента повторить информацию, задать I ему вопросы по алгоритму подготовки и сбору мо-1 кроты</p>	<p>Контроль сформированного уровня знаний и умений</p>
<p>1 Указать, к каким последствиям может привести несоблюдение рекомендаций медсестры (нарушение условий подготовки и сбора материала ведет к ошибочным результатам исследования, что затрудняет : диагностику и лечение)</p>	<p>Обеспечение информированности пациента</p>
<p>1 Получить согласие пациента на проведение процедуры</p>	<p>Соблюдение прав пациента</p>
<p>1 Обеспечить пациента емкостью для сбора мокроты. При необходимости дать ему письменную инструкцию</p>	<p>Обеспечение условий для проведения исследования</p>
<p>t Выполнение процедуры</p> <p>1 Проконтролировать действия пациента по сбору мо-1 кроты на исследование</p>	<p>Обеспечение сбора материала</p>
<p>1 Поставить плевательницу с материалом в клиниче-1 скую лабораторию на исследование</p>	<p>Обеспечение условий для проведения исследования</p>
<p>I. Окончание процедуры</p> <p> Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции пациента. Подклеить полученные результаты исследования в документацию</p>	<p>Обеспечение преемственности сестринского ухода</p>

Примечание. Если пациенту назначено исследование мокроты на посев бацилл Коха, то ее следует собирать в стерильную емкость и доставлять в бактериологическую лабораторию (раздел о сборе мокроты на бактериологическое исследование).

СБОР МОКРОТЫ НА ОПУХОЛЕВЫЕ КЛЕТКИ (АТИПИЧНЫЕ)

Цель: диагностическая.

Показания: подозрение на злокачественное заболевание легких.

Оснащение: чистая сухая емкость, бланки направлений.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Подготовку к процедуре осуществлять накануне вечером	Учет особенностей процедуры
2. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес	Установление контакта с пациентом
3. Объяснить пациенту цель и суть проведения предстоящей процедуры (если он с нею не знаком), особенности подготовки к ней. Пациент должен сделать следующее: вечером, накануне исследования перед сном тщательно почистить зубы; утром после сна натошак тщательно прополоскать рот кипяченой водой; сделать несколько глубоких вдохов; открыть крышку плевательницы, откашляться и собрать мокроту в чистую сухую емкость; закрыть крышку и быстро отдать емкость медсестре	Психологическая подготовка к манипуляции (гигиена ротовой полости предохраняет от попадания микроорганизмов ротовой полости в мокроту)
4. Попросить пациента повторить информацию, задать ему вопросы по алгоритму подготовки и сбора мокроты	Контроль сформированного уровня знаний и умений
5. Указать, к каким последствиям приведет нарушение рекомендаций медсестры (нарушение условий подготовки и сбора материала ведет к ошибочным результатам исследования, что затрудняет диагностику и лечение)	Обеспечение информированности пациента
6. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдение прав пациента
7. Обеспечить пациента емкостью для сбора мокроты. При необходимости дать ему письменную инструкцию	Обеспечение условий для проведения исследования
II. Выполнение процедуры 1. Проконтролировать действия пациента по сбору мокроты на исследование	Обеспечение сбора материала
2. Доставить плевательницу с материалом в клиническую лабораторию на исследование как можно быстрее (атипичные клетки быстро разрушаются)	Обеспечение условий для проведения исследования
III. Окончание процедуры 1. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента. Подклеить полученные результаты исследования в документацию	Обеспечение преемственности сестринского ухода

ВЗЯТИЕ КАЛА ДЛЯ КОПРОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель: диагностическая.

Показания: заболевания желудочно-кишечного тракта.

Оснащение: чистая сухая стеклянная емкость от 30 до 100 мл, шпатель, перчатки, направление.

Этапы	Обоснование
L Подготовка к процедуре за 4-5 дней до исследования [Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес	Установление контакта с пациентом
I объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры: кал собирается в день исследования утром после опорожнения кишечника в судно (без воды)	Обеспечение психологической подготовки к манипуляции. Обеспечение достоверности результата, так как продолжительное хранение фекалий при комнатной температуре и наличие воды снижают достоверность результата
объяснить пациенту особенности подготовки к процедуре: соблюдение в течение 4—5 дней перед сбо->м кала диеты, назначенной врачом (диета Шмидта, [Певзнера)	Обеспечение достоверности результатов исследования
1 Получить согласие пациента на процедуру	Соблюдение прав пациента
L Подготовка к процедуре в день исследования I Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала
1 Подготовить необходимое оснащение	Обеспечение эффективного проведения процедуры
C Выполнение процедуры 1 Взять шпателем после акта дефекации 5—10 г фекалий (примеси мочи) и поместить их в приготовленную емкость. Закрыть емкость крышкой. Поместить 1 шпатель и перчатки в контейнер с дезинфектантом. 1 Вымыть руки (социальный способ)	Обеспечение достоверности результата. Обеспечение инфекционной безопасности
Обеспечить доставку материала в клиническую лабораторию. I <i>Примечание: допускается хранение емкости с фекалиями-1 и при температуре 3~5° С не более 8 ч</i>	Обеспечение условий для проведения исследования
Окончание процедуры Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразового	Обеспечение инфекционной безопасности
Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента. Подклеить полученные результаты исследования в документацию	Обеспечение преемственности сестринского ухода

ВЗЯТИЕ КАЛА ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель: диагностическая.

Показания: кишечные инфекции; обследование.

Оснащение: стерильная пробирка с консервантом и стерильной металлической петлей (одноразовая стерильная трубка Циммана), перчатки, стерильный шпатель, пеленка (если процедура выполняется в постели); ширма (если процедура выполняется в многоместной палате), клеенка, направление.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес. Объяснить пациенту цель и процесс проведения предстоящей процедуры. Получить его согласие на нее	Установление контакта с пациентом. Психологическая подготовка к манипуляции. Соблюдение прав пациента
2. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Подготовить необходимое оснащение. Поставить ширму (при необходимости)	Обеспечение эффективного проведения процедуры. Обеспечение психологического комфорта
II. Выполнение процедуры 1. Помочь пациенту лечь на левый бок с согнутыми и притянутыми к животу ногами. <i>Примечание: если пациенту противопоказано положение на левом боку, то манипуляцию следует осуществлять в положении пациента лежа на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами</i>	Учет анатомо-физиологических особенностей прямой и сигмовидной кишки. Облегчение введения металлической петли
2. Положить под ягодицы пациента клеенку, а на нее — впитывающую пеленку	Исключение загрязнения постели, обеспечение инфекционной безопасности
3. Раздвинуть ягодицы I и II пальцами левой руки. Правой рукой взять из пробирки металлическую петлю и ввести вращательными движениями в прямую кишку на глубину 8—10 см, собирая содержимое со стенок	Технология взятия материала
4. Извлечь петлю из прямой кишки и поместить в пробирку с консервантом, не касаясь наружной стороны пробирки и других предметов. <i>Примечание: в условиях стационара кал можно взять непосредственно из судна стерильным шпателем сразу после акта дефекации</i>	Обеспечение инфекционной безопасности. Обеспечение достоверности результата
5. Убрать пеленку и клеенку и поместить их в мешок для использованного материала. Снять перчатки и поместить их в контейнер с дезинфектантом. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности

Помочь пациенту занять удобное положение. Накрыть его. Удостовериться, что он чувствует себя нормально. Убрать ширму.	Обеспечение психического комфорта
Обеспечить доставку емкости с направлением в бактериологическую лабораторию. <i>Примечание: в некоторых случаях допускается хранение пробирки с консервантом в холодильнике при температуре 3–4 °С не более 12 ч</i>	Обеспечение условий для проведения исследования
Окончание процедуры Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразового	Обеспечение инфекционной безопасности
Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента. Подклеить полученные результаты исследования в документацию	Обеспечение преемственности сестринского ухода

ВЗЯТИЕ КАЛА ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ НА СКРЫТУЮ КРОВЬ

Цель: диагностическая.

Показания: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, язвы кишечника, циррозы гни.

Оснащение: чистая сухая стеклянная емкость, направление, шпатель, перчатки.

Этапы	Обоснование
Подготовка к процедуре за 3—5 дней до исследования Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, как ее перенес	Установление контакта с пациентом. Обеспечение психологической подготовки к манипуляции
Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры: кал собирается в день исследования утром после опорожнения кишечника в судно (без воды)	Обеспечение достоверности результата, так как продолжительное хранение фекалий при комнатной температуре и наличие воды снижают достоверность результата
Разъяснить пациенту особенности подготовки к процедуре: соблюдение в течение 3—5 дней перед сбором кала диеты, в которой исключаются мясные и рыбные блюда, а также зеленые овощи, гранаты, яблоки, гречневая каша; нельзя принимать лекарственные препараты, содержащие железо, йод, бром, висмут	Обеспечение достоверности результатов исследования: содержащиеся в этих продуктах вещества могут приводить к ложноположительному результату
Уточнить у пациента или его родственников, нет ли -его другого источника кровотечения (десны, кровохаркание, геморрой, менструация), приводящего ложноположительному результату. В случае положительного ответа дать рекомендации, позволяющие исключить попадание крови в фекалии (в особых случаях следует проконсультироваться у врача)	Обеспечение достоверности результата исследования

5. Попросить пациента повторить всю информацию. При необходимости дать ему письменную инструкцию	Контроль уровня сформированности знаний. Обеспечение достоверности результата исследования
6. Получить согласие пациента на процедуру	Соблюдение прав пациента
II. Подготовка к процедуре в день исследования 1. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала
2. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечение эффективного проведения процедуры
III. Выполнение процедуры 1. Взять шпателем после акта дефекации 5—10 г фекалий из нескольких мест и поместить их в приготовленную емкость. Закрыть емкость крышкой	Обеспечение достоверности результата. Обеспечение инфекционной безопасности
2. Поместить шпатель и перчатки в контейнер с дезинфектантом. Вымыть руки (социальный способ)	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Обеспечить доставку емкости с направлением в клиническую лабораторию. <i>Примечание: допускается хранение емкости с фекалиями при температуре 3—5 °С не более 8 ч</i>	Обеспечение условий для проведения исследования
IV. Окончание процедуры 1. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразового	Обеспечение инфекционной безопасности
2. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента. Подклеить полученные результаты исследования в документацию	Обеспечение преемственности сестринского ухода

ВЗЯТИЕ КАЛА ДЛЯ ОБНАРУЖЕНИЯ ПРОСТЕЙШИХ

Цель: диагностическая.

Показания: амебиаз, лямблиоз.

Оснащение: флакон с консервантом (1/2 флакона), стерильные перчатки, шпатель, лейкопластырь, направление. Противопоказания: нет.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры. Получить его согласие на нее	Установление контакта с пациентом. Психологическая подготовка к манипуляции. Соблюдение прав пациента
2. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала
3. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечение эффективного проведения процедуры

I. Выполнение процедуры 1. Взять шпателем сразу после акта дефекации свежевыделенный кал (1/3 от объема консерванта) и поместить его во флакон (простейшие при остывании кала теряют свою подвижность и быстро гибнут)	Обеспечение эффективности будущего исследования
1. Закрывать флакон пробкой и зафиксировать лейкопластырем	Обеспечение достоверности результата. Обеспечение инфекционной безопасности
2. Снять перчатки и поместить их в лоток для использованного материала. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
I. Окончание процедуры 1. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразового	Обеспечение инфекционной безопасности
Отнести флакон в теплом виде и направлении в лабораторию не позднее, чем через 15—20 мин с момента дефекации (простейшие при остывании кала теряют 1 свою подвижность и быстро гибнут)	Обеспечение эффективности будущего исследования
Сделать запись о выполнении процедуры и реакции I пациента. Подклеить полученные результаты исследования в документацию	Обеспечение преемственности сестринского ухода

ВЗЯТИЕ КАЛА ДЛЯ АНАЛИЗА НА ЯЙЦА ГЕЛЬМИНТОВ

Цель : диагностическая.

Показания: гельминтоз, обследование.

Оснащение: чистая сухая стеклянная емкость с широким горлом, крышка, направление, деревянный шпатель, перчатки.

Этапы	Обоснование
Подготовка к процедуре: 1.Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Выяснить, знаком он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес.	Установление контакта с пациентом. Психологическая подготовка к манипуляции
2.Выяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры: кал собирают в день исследования утром после опорожнения кишечника в судно (без воды)	Обеспечение достоверности результата
3.Получить его согласие	Соблюдение прав пациента
4. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
5.Приготовить необходимое оснащение	Обеспечение эффективного проведения процедуры

<p>II. Выполнение процедуры</p> <p>1. Взять шпателем после акта дефекации 5—10 г фекалий из разных мест и поместить их в приготовленную емкость. Закрыть емкость крышкой. <i>Примечание: в дни приема противоглистных препаратов на исследование доставляется вся порция кала</i></p>	<p>Обеспечение достоверности результата. Обеспечение инфекционной безопасности</p>
<p>2. Поместить шпатель в лоток для использованного материала с последующей дезинфекцией и утилизацией. Снять перчатки. Вымыть и осушить руки</p>	<p>Обеспечение инфекционной безопасности</p>
<p>3. Прикрепить к емкости направление и доставить ее в лабораторию. <i>Примечание: допускается хранение материала в холодильнике при температуре 3—4 °С в течение 8—12 ч после дефекации</i></p>	<p>Обеспечение доставки материала в лабораторию</p>
<p>III. Окончание процедуры</p> <p>1. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразового</p>	<p>Обеспечение инфекционной безопасности</p>
<p>2. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента. Подклеить полученные результаты исследования в документацию.</p>	<p>Обеспечение преемственности сестринского ухода</p>

СБОР МОЧИ НА ОБЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Цель: диагностическая.

Оснащение: чистая сухая стеклянная емкость.

Этапы	Обоснование
<p>I. Подготовка к процедуре</p> <p>1. Подготовку проводить накануне днем или вечером</p>	<p>Учет особенностей процедуры</p>
<p>2. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес</p>	<p>Установление контакта с пациентом</p>
<p>3. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры</p>	<p>Психологическая подготовка к манипуляции</p>
<p>4. Объяснить пациенту особенности подготовки к процедуре в амбулаторных условиях: обучить пациента правилам предварительного ухода за посудой для сбора мочи (стеклянная банка и крышка должны быть вымыты содой — без мыла!); дать направление на исследование, заполнив его по форме; объяснить пациенту/семье, куда и в какое время нужно принести емкость с мочой и направление</p>	<p>Обеспечение достоверности результата исследования. Обеспечение своевременной доставки материала в лабораторию</p>

<p>Объяснить пациенту особенности подготовки к процедуре в амбулаторных и стационарных условиях: обучить пациента технике подмывания (утром перед исследованием обработать наружные половые органы теплой водой с мылом в направлении от уретры :< промежности с последующим подсушиванием салфеткой в том же направлении); обучить пациента технике сбора мочи для исследования (утром после гигиенической процедуры начать мочеиспускание в унитаз на счет 1, 2, затем задержать мочеиспускание, открыть банку и собрать в нее 100—200 мл мочи, закрыть банку крышкой); объяснить пациенту, где в -ловиях стационара он должен оставить емкость с чочой и кому сообщить об этом. <i>Примечание: во время менструации анализ мочи в плановом порядке не собирается; в экстренных случаях по -означению врача моча может быть собрана с помо-мью катетера или после введения во влагалище ватно-марлевого тампона</i></p>	<p>Исключение попадания эритроцитов в мочу из половых путей. Обеспечение достоверности результата исследования. Обеспечение своевременной доставки материала в лабораторию</p>
<p>Попросить пациента повторить информацию, задать гму вопросы по алгоритму подготовки и сбора мочи. При необходимости дать письменную инструкцию</p>	<p>Контроль сформированного уровня знаний и умений</p>
<p>Объяснить, к каким последствиям может привести - несоблюдение рекомендаций медсестры (нарушение условий подготовки и сбора материала ведет к ошибочным результатам исследования, что затрудняет диагностику и лечение)</p>	<p>Обеспечение эффективности будущего исследования</p>
<p>Получить согласие пациента на проведение процедуры</p>	<p>Соблюдение прав пациента</p>
<p>Выполнение процедуры в стационаре Проконтролировать действия пациента по сбору мочи . исследование</p>	<p>Обеспечение сбора материала</p>
<p>Доставить емкость с мочой в клиническую лабораторию на исследование</p>	<p>Обеспечение условий для проведения исследования</p>
<p>Окончание процедуры в стационаре Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента. Подклеить полученные результаты исследования в документацию</p>	<p>Обеспечение преемственности се- стринского ухода</p>

СБОР МОЧИ НА САХАР В СУТОЧНОМ

КОЛИЧЕСТВЕ

Этапы	Обоснование
<p>Подготовка к процедуре лготовку проводить накануне днем или вечером</p> <p>[: брать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес</p>	<p>Учет особенности процедуры</p> <p>Установление контакта с пациентом Уточнить, как к нему обращаться.</p>

3. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры	Психологическая подготовка к манипуляции
4. Объяснить пациенту особенности подготовки к процедуре в амбулаторных условиях: объяснить, что пациент/семья должны приготовить 2—3-литровую чистую стеклянную емкость и емкость объемом 200—300 мл; дать направление на исследование, заполнив его по форме; объяснить пациенту/семье, куда и в какое время нужно принести емкость с мочой и направление	Обеспечение проведения исследования. Обеспечение своевременной доставки материала в лабораторию
5. Объяснить пациенту особенности подготовки к процедуре в амбулаторных и стационарных условиях: объяснить, что сбор мочи будет проходить сутки; водно-пищевой режим — обычный. В день начала исследования, в 8 утра, необходимо помочиться в унитаз; далее до 8 утра следующего дня собирать всю мочу в 2—3-литровую емкость; медсестре/пациенту/члену семьи) измерить общее количество мочи; деревянной палочкой тщательно перемешать мочу; отлить в отдельно приготовленный сосуд 100—150 мл мочи для доставки в лабораторию; на направлении указать суточное количество мочи. Объяснить пациенту, где в условиях стационара он должен оставить емкость с мочой и кому сообщить об этом	Обеспечение проведения исследования и своевременной доставки материала в лабораторию
6. Попросить пациента повторить информацию, задать ему вопросы по алгоритму подготовки и сбора мокроты. При необходимости дать письменную инструкцию	Контроль сформированного уровня знаний и умений
7. Указать, к каким последствиям приведет нарушение рекомендаций медсестры (нарушение условий подготовки и сбора материала ведет к ошибочным результатам исследования, что затрудняет диагностику и лечение)	Обеспечение эффективности исследования
8. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдение прав пациента
II. Выполнение процедуры в стационаре	
1. Проконтролировать действия пациента по сбору мочи на исследование	Обеспечение сбора материала
2. Доставить емкость с мочой в клиническую лабораторию на исследование	Обеспечение условий для проведения исследования
III. Окончание процедуры в стационаре	
1. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента. Подклеить полученные на следующий день результаты исследования в документацию	Обеспечение преемственности сестринского ухода

СБОР МОЧИ НА ДИАСТАЗУ

Цель: диагностическая.

Показания: заболевания поджелудочной железы. Оснащение: емкость объемом 100—200 мл, направление.

Этапы	Обоснование
<p>I. Подготовка к процедуре</p> <p>I. Подготовку проводить накануне днем или вечером</p>	Учет особенности процедуры
Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес	Установление контакта с пациентом
Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры	Психологическая подготовка к манипуляции
Объяснить пациенту особенности подготовки к процедуре в амбулаторных условиях: объяснить, что пациент/семья должны приготовить чистую стеклянную емкость объемом 100—200 мл с крышкой, предварительно вымытую содой и промытую проточной водой; дать направление на исследование, заполнив его по форме. Сбор мочи произвести прямо в поликлинике и сразу же отнести емкость в лабораторию	Обеспечение достоверности результата исследования. Обеспечение своевременной доставки материала в лабораторию
Объяснить пациенту особенности подготовки к процедуре в амбулаторных и стационарных условиях: ознакомить пациента/семью с условиями сбора мочи (моча собирается в любое время без специальной подготовки в количестве 100 мл; в лабораторию доставляется свежены пушенная теплая моча); объяснить пациенту, где в условиях стационара он должен оставить емкость с мочой и кому сообщить об этом. <i>Примечание: современные методики позволяют определять диастазу в холодной моче. Медсестра должна знать, какая методика используется</i>	Обеспечение достоверности результата исследования. Обеспечение своевременной доставки материала в лабораторию
Попросить пациента повторить информацию, задать ему вопросы по алгоритму подготовки и сбора мочи. При необходимости дать письменную инструкцию	Контроль сформированного уровня знаний и умений
I казать, к каким последствиям приведет нарушение рекомендаций медсестры (к ошибочным результатам исследования, что затрудняет диагностику и лечение)	Обеспечение эффективности исследования
Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдение прав пациента
<p>Выполнение процедуры в стационаре</p> <p>I - ^контролировать действия пациента по сбору мочи на исследование</p>	Обеспечение сбора материала
Поместить емкость с мочой в клиническую лабораторию по направлению	Обеспечение условий для проведения исследования

III. Окончание процедуры в стационаре 1. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента. Подклеить полученные на следующий день результаты исследования в документацию	Обеспечение преемственности сестринского ухода
--	--

СБОР МОЧИ ПО НЕЧИПОРЕНКО

Цель: диагностическая.

Показания: заболевания органов мочевыделительной системы. Оснащение: чистая сухая стеклянная емкость.

Этапы	Обоснование
1. Подготовка к процедуре 1. Подготовку проводить накануне днем или вечером	Учет особенности процедуры
2. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес	Установление контакта с пациентом
3. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры	Психологическая подготовка к манипуляции
4. Объяснить пациенту особенности подготовки к процедуре в амбулаторных условиях: обучить пациента правилам подготовки посуды для сбора мочи (стеклянная банка и крышка должны быть вымыты содой — без мыла!); дать направление на исследование, заполнив его по форме; объяснить пациенту/семье, куда и в какое время нужно принести емкость с мочой и направление	Обеспечение достоверности результата исследования. Обеспечение своевременной доставки материала в лабораторию.
5. Объяснить пациенту особенности подготовки к процедуре в амбулаторных и стационарных условиях: обучить пациента технике подмывания (утром перед исследованием обработать наружные половые органы теплой водой с мылом в направлении от уретры к промежности с последующим подсушиванием салфеткой в том же направлении; если у пациентки в этот период менструация, посоветуйте ей закрыть отверстие влагалища ватно-марлевым тампоном); обучить пациента технике сбора мочи для исследования (утром после гигиенической процедуры начать мочеиспускание в унитаз на счет 1, 2, затем задержать мочеиспускание, открыть банку и собрать в нее несколько миллилитров мочи, достаточно даже 1—2 мл, затем завершить мочеиспускание в унитаз; закрыть банку крышкой; объяснить пациенту, где (в условиях стационара) он должен оставить емкость с мочой и кому сообщить об этом	Исключение попадания эритроцитов в мочу из половых путей. Обеспечение достоверности результата исследования. Обеспечение своевременной доставки материала в лабораторию

6. Попросить пациента повторить информацию, задать ему вопросы по алгоритму подготовки и сбора мочи. При необходимости дать письменную инструкцию	Контроль сформированного уровня знаний и умений
7. Указать, к каким последствиям приведет нарушение рекомендаций медсестры (к ошибочным результатам исследования)	Обеспечение эффективности исследования
8. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдение прав пациента
II. Выполнение процедуры в стационаре	Обеспечение сбора материала
1. Проконтролировать действия пациента по сбору мочи на исследование	
2. Доставить емкость с мочой в клиническую лабораторию на исследование	Обеспечение условий для проведения исследования
III. Окончание процедуры в стационаре	Обеспечение преемственности сестринского ухода
1. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента. Подклеить полученные на следующий день результаты исследования в документацию	

СБОР МОЧИ ПО ЗИМНИЦКОМУ

Цель: диагностическая.

Показания: заболевания органов мочевыделительной системы.

Оснащение: 8 чистых сухих емкостей с направлениями, 2—3 дополнительные емкости.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре Подготовку проводить накануне днем или вечером	Учет особенности процедуры
Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес	Установление контакта с пациентом
Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры	Психологическая подготовка к манипуляции
Объяснить пациенту особенности подготовки к процедуре в амбулаторных условиях: объяснить пациенту, что для сбора мочи следует приготовить 8 основных и 1—2 дополнительных чистых стеклянных емкостей объемом 250—500 мл; к 8 основным прикрепить этикетки с указанием времени сбора мочи (6—9, 9-12, 12—... и т.д.), к дополнительным — не прикреплять; дать направление на исследование, заполнив его по форме; объяснить пациенту, куда и в какое время он/ семья должны принести все емкости с мочой и направление	Обеспечение проведения исследования

<p>5. Объяснить пациенту особенности подготовки к процедуре в амбулаторных и стационарных условиях: объяснить, что сбор мочи будет проходить сутки, водно-пищевой режим — обычный, за сутки отменяются мочегонные средства (действие мочегонных искажает истинный суточный диурез; обильное питье влияет на показатели концентрационной функции почек). В день начала исследования, в 6 утра, необходимо помочиться в унитаз; далее вся моча собирается в отдельные емкости каждые три часа (6—9, 9—12, 12-15, 15-18, 18-21, 21-24, 24-3, 3-6). Объяснить, что дополнительные банки используют, если емкость основной банки недостаточна для конкретной порции, в этом случае необходимо на дополнительной емкости указать соответствующий временной промежуток; если мочи за обозначенный промежуток времени не было, то соответствующая емкость доставляется в лабораторию пустой. В условиях стационара предупредить пациента, что емкости хранятся в туалете/санитарной комнате (ночью медсестра пациента разбудит); указать место и время, куда принести емкости с мочой</p>	<p>Обеспечение достоверности результатов исследования</p>
<p>6. Попросить пациента повторить информацию, задать ему вопросы по алгоритму подготовки и сбора мокроты. При необходимости дать письменную инструкцию</p>	<p>Контроль сформированного уровня знаний и умений</p>
<p>7. Указать, к каким последствиям приведет нарушение рекомендаций медсестры (к ошибочным результатам исследования)</p>	<p>Обеспечение эффективности исследования</p>
<p>8. Получить согласие пациента на проведение процедуры</p>	<p>Соблюдение прав пациента</p>
<p>II. Выполнение процедуры в стационаре 1. Проконтролировать действия пациента по сбору мочи на исследование</p>	<p>Обеспечение сбора материала</p>
<p>2. Доставить емкости с мочой в клиническую лабораторию на исследование</p>	<p>Обеспечение условий для проведения исследования</p>
<p>III. Окончание процедуры в стационаре 1. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента. Подклеить полученные на следующий день результаты исследования в документацию</p>	<p>Обеспечение преемственности сестринского ухода</p>

ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТА К ФИБРОЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ

Цель: лечебная и диагностическая.

Показания: заболевания ЖКТ.

Противопоказания: определяет врач.

Этапы	Обоснование
1 нуне вечером Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес	Установление контакта с пациентом
Объяснить пациенту цель и последовательность предстоящего исследования, получить согласие на исследование	Обеспечение психологической подготовки к манипуляции
Объяснить пациенту особенности подготовки к процедуре: последний прием пищи не позднее 21 ч; исследование проводится утром натощак; во время исследования пациент будет лишен возможности говорить и проглатывать слюну (в связи с введением эндоскопа и проведением анестезии нарушен акт глотания)	Обеспечение достоверности результата исследования. Обеспечение возможности осмотра слизистой оболочки
Предупредить пациента: о месте и времени проведения исследования; о необходимости снять съемные зубные протезы перед исследованием; о необходимости иметь с собой полотенце (впитывающую салфетку); о необходимости воздержаться от приема пищи после исследования в течение 2 ч	Обеспечение возможности своевременного проведения процедуры. Предупреждение повреждения слизистой оболочки рта протезами. Исключение дискомфорта, связанного с саливацией
Сопроводить пациента в эндоскопический кабинет	Обеспечение своевременного проведения исследования
Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента. Подклеить полученные результаты исследования в документацию	Обеспечение преемственности сестринского ухода

ГЛАВА 13

ЗОНДОВЫЕ МАНИПУЛЯЦИИ

ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА ТОЛСТЫМ ЗОНДОМ

Цель: лечебная и диагностическая.

Показания: острые отравления, подготовка к исследованиям, операциям.

Оснащение: система для промывания желудка — 2 толстых стерильных желудочных зонда, соединенных стеклянной трубкой (слепой конец одного зонда срезан); стеклянная воронка на 0,5—1 л, полотенце, салфетки, стерильная емкость для сбора промывных вод на исследование, емкость с водой (10 л) комнатной температуры, кувшин, емкость для слива промывных вод, перчатки, непромокаемый фартук — 2 штуки, жидкое вазелиновое масло или глицерин (физиологический раствор).

Противопоказания: язвы, опухоли, кровотечения из желудочно-кишечного тракта, бронхиальная астма, тяжелая сердечно-сосудистая недостаточность.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Доброжелательно и уважительно представиться пациенту, уточнить, как к нему обращаться. Объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Пояснить, что при введении зонда возможны тошнота и позывы на рвоту, которые можно подавить, если глубоко дышать. Получить согласие на проведение процедуры. Измерить АД, подсчитать пульс, если состояние пациента позволяет это сделать	Психологическая подготовка пациента к процедуре. Мотивация к сотрудничеству. Соблюдение прав пациента на информацию
2. Подготовить оснащение	Выполнение необходимого условия эффективности процедуры
II. Выполнение процедуры 1. Помочь пациенту занять необходимое для процедуры положение: сидя, прижавшись к спинке сиденья и слегка наклонив голову вперед (или уложить на кушетку в положении на бок)	Обеспечение свободного прохождения зонда
2. Снять зубные протезы у пациента, если таковые имеются	Профилактика осложнений
3. Отгородить пациента ширмой, если возникнет необходимость	Обеспечение психологического комфорта
4. Надеть непромокаемый фартук на себя и пациента	Защита одежды от промокания и загрязнения
5. Вымыть и осушить руки, надеть чистые перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности

6. Поставить таз к ногам пациента или к головному концу кушетки или кровати, если процедура выполняется в положении лежа	Обеспечение гигиеничности процедуры
7. Определить глубину, на которую должен быть введен зонд: измерить расстояние от резцов до пупка, прибавить ширину ладони пациента или из его роста вычесть 100 см	Выполнение необходимого условия для введения зонда в желудок
Перенести метку на зонд, начиная от слепого конца. Смочить зонд водой или глицерином	Обеспечение продвижения зонда по пищеводу
9. Встать справа от пациента, предложить ему открыть рот, слегка опустить голову вниз. Положить слепой конец зонда на корень языка	Подготовка к введению зонда
10. Попросить пациента сделать глотательное движение, одновременно продвигая зонд в пищевод (во время глотания надгортанник закрывает вход в трахею, одновременно открывается вход в пищевод)	Проведение процедуры
11. Предложить пациенту обхватить зонд губами и глубоко дышать носом. Продвигать зонд медленно и равномерно до нанесенной отметки, наклонив голову пациента вперед и вниз. Если встретится сопротивление, следует остановиться и извлечь зонд. Затем повторить попытку снова (сопротивление при введении зонда, кашель, цианоз, рвота, изменение голоса свидетельствуют о введении зонда в трахею)	Облегчение продвижения зонда по пищеводу и снятие позывов к рвоте
12. Убедиться, что зонд в желудке: набрать в шприц Жане воздух 50 мл и присоединить к зонду. Ввести воздух в желудок под контролем фонендоскопа (выслушиваются характерные звуки)	Профилактика осложнений
13. Продвинуть зонд еще на 7—10 см	Обеспечение эффективности процедуры
4. Присоединить воронку к зонду и опустить ее ниже уровня желудка пациента. Целиком заполнить воронку водой, держа ее наклонно	Предупреждение попадания воздуха в желудок
5. Медленно поднять воронку вверх на 1 м	Обеспечение поступления воды в желудок
Следить за убыванием жидкости. Опустить воронку до уровня колен, как только вода достигнет устья воронки. Держать воронку в таком положении, пока воронка целиком не заполнится промывными водами	По закону сообщающихся сосудов вода поступает в желудок, а затем вновь в воронку
. Слить промывные воды в таз. При необходимости первые воды слить в емкости для исследования	При экзогенном отравлении в чистые емкости собирают первую и последнюю порцию промывных вод. Первую — для определения неизвестного яда, вторую — для оценки качества промывания
Повторить два предыдущих действия, если необходимо собрать промывные воды на исследование в стерильную емкость	Забор промывных вод в стерильную емкость проводится при пищевой токсикоинфекции

19. Повторить промывание несколько раз до появления чистых промывных вод. Следить, чтобы количество введенной порции жидкости соответствовало количеству выделенных промывных вод. Собирать промывные воды в таз	Обеспечение качества выполнения манипуляции
III. Окончание процедуры 1. Снять воронку, извлечь зонд, пропуская его через салфетку	Защита одежды от загрязнения
2. Поместить использованный инструментарий в контейнер с дезинфицирующим раствором. Промывные воды слить в канализацию. Предварительно подвергнуть их дезинфекции в случае отравления. Снять фартуки с себя и пациента и поместить их в емкость с дезинфицирующим раствором. Снять перчатки. Поместить их в дезинфицирующий раствор. Вымыть и осушить руки	Профилактика внутрибольничной инфекции
3. Дать пациенту возможность прополоскать рот и сопроводить (доставить) в палату. Тепло укрыть, наблюдать за состоянием	Обеспечение безопасности пациента
4. Сделать отметку о выполнении процедуры	Обеспечение преемственности сестринского ухода
Критерии оценки выполнения процедуры Своевременность выполнения Наличие записи о выполнении Отсутствие	

ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА ТОНКИМ ЗОНДОМ

Цель: лечебная и диагностическая.

Показания: послеоперационная атония желудка, задержка пищи, вызванная стенозом привратника, отравления.

Оснащение: тонкий желудочный зонд ($d = 0,3—0,5$ см), глицерин, шприц Жане, полотенце, салфетки, емкость с водой (10 л) комнатной температуры, емкость для слива промывных вод, чистые перчатки, непромокаемый фартук — 2 штуки, контейнеры с дезинфицирующим раствором.

Противопоказания: язвы, опухоли, кровотечения желудочно-кишечного тракта, бронхиальная астма,

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Доброжелательно и уважительно представиться пациенту. Объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Пояснить, что при введении возможны неприятные ощущения, тошнота и позывы на рвоту, которые подавляются с помощью глубокого дыхания. Получить согласие на проведение процедуры. <i>Примечание: если пациент находится в бессознательном состоянии, промывание желудка проводится после предварительной интубации трахеи с использованием шприца Жане</i>	Физическая и психологическая мотивация пациента к сотрудничеству. Соблюдение права пациента на информацию

Подготовить оснащение	Выполнение необходимого условия для эффективного проведения процедуры
Выполнение процедуры Помочь пациенту занять необходимое для проведения процедуры положение: лежа на боку или сидя на стуле, прислонившись к спинке и слегка наклонив голову вперед. Если пациент не может занять такое положение, процедура выполняется в положении лежа на боку	Обеспечение свободного прохождения зонда
Отгородить пациента ширмой (при необходимости)	Обеспечение психологического комфорта
Надеть непромокаемый фартук на себя, грудь пациента прикрыть полотенцем или пленкой	Защита одежды от промокания и загрязнения
Вымыть руки. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
Определить глубину, на которую должен быть введен зонд, и сделать метку	Выполнение необходимого условия для введения зонда в желудок
Обработать зонд глицерином	Обеспечение продвижения зонда в желудок
Встать сбоку или спереди от пациента. Взять в руку зонд и ввести через носовой ход на глубину 15—18 см, избегая насильственного введения. <i>Примечание: при отсутствии возможности проведения зонда через нос можно ввести через рот</i>	Создание условий безопасной среды для пациента
Попросить пациента делать глотательные движения, во время которых продвигать зонд в пищевод	Обеспечение эффективности процедуры
Продвигать зонд медленно и равномерно до нужной отметки. При наличии сопротивления следует остановиться и извлечь зонд. Повторить введение зонда после непродолжительного отдыха	Сопротивление при введении, кашель, изменение голоса, рвота, цианоз и прочее свидетельствуют об ошибочном попадании зонда в трахею
Проверить местонахождение зонда. Набрать в шприц Жане 30—40 мл воздуха и присоединить шприц к зонду. Ввести воздух в желудок под контролем фонендоскопа (выслушиваются характерные булькающие звуки)	Профилактика попадания жидкости в трахею
Убедиться, что зонд в желудке. Потянуть поршень шприца Жане на себя, получить желудочное содержимое. Отсоединить шприц, наружный конец зонда положить в лоток. Вытеснить содержимое шприца в емкость для сбора промывных вод. <i>Примечание: при отсутствии желудочного содержимого продвинуть зонд еще на 7—10 см</i>	Наличие желудочного содержимого в шприце подтверждает факт, что зонд в желудке
Набрать в шприц 250 мл воды, присоединить шприц < зонду и ввести воду в желудок	Такое количество воды не вызывает неприятных ощущений и достаточно для сбора промывных вод

13. Аспирировать промывные воды: потянуть поршень шприца на себя. Отсоединить полный шприц от зонда и вытеснить содержимое в емкость для сбора промывных вод	Удаление содержимого желудка
14. Ввести полученную первую порцию промывных вод обратно в желудок, получить содержимое и собрать для исследования, если необходимо (по назначению врача). <i>Примечание: при подозрении на отравление прижигающими ядами этот этап исключается</i>	Обеспечение лучшего перемешивания содержимого желудка и воды, а также получение материала для исследования
15. Набрать в шприц новую порцию чистой воды и повторить введение и отсасывание содержимого. Оценивать каждую полученную порцию. <i>Примечание: при наличии крови вызвать врача</i>	Обеспечение эффективности процедуры
16. Продолжать промывание до появления чистых промывных вод. <i>Примечание: в зависимости от показаний требуется от 2 до 10 л воды</i>	Важно удалить не только содержимое желудка, но и токсины, выделяемые слизистой оболочкой желудка
17. Состав раствора для промывания определяется врачом	При уремии промывание проводится 2—4 % раствором натрия гидрокарбоната
18. Следить, чтобы количество введенной жидкости соответствовало количеству промывных вод. <i>Примечание: при внезапно развившейся рвоте после промывания возможна аспирация оставшейся жидкостью</i>	Обеспечение безопасности пациента
III. Окончание процедуры	Предупреждение загрязнения одежды. Обеспечение инфекционной безопасности
1. Отсоединить шприц Жане и извлечь из желудка зонд, пропуская его через салфетку	
2. Погрузить использованные инструменты в емкость с дезинфицирующим раствором. Снять фартук и полотенце с груди пациента, погрузить их в емкость с дезинфектантом или в непромокаемую емкость. Промывные воды вылить в канализацию, дезинфицировать по показаниям. Снять перчатки. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Спросить пациента о самочувствии, помочь пациенту умыться, занять удобное положение; следить за состоянием пациента	Обеспечение физического и психологического комфорта
4. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента. Оформить направление и отправить емкость с промывными водами в лабораторию (при необходимости)	Обеспечение преемственности сестринского ухода

ВЗЯТИЕ ЖЕЛУДОЧНОГО СОДЕРЖИМОГО ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА

Цель: диагностическая.

Показания: гастриты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки без обострения.

Оснащение: стерильный желудочный зонд диаметром 0,5—0,8 см, один из стимуляторов секреции (0,1 % раствор гистамина или 0,025 % раствор пентагастрина, пробные энтеральные завтра-*i*. шприц для инъекции (если раздражитель парентеральный), спирт, ватные шарики, перчатки, гатив с пробирками, шприц для извлечения желудочного сока (если нет вакуумной установки, предназначенной для этой цели).

Противопоказания: обострения заболеваний желудка, опухоли, кровотечения желудочно-кишечного тракта, бронхиальная астма, тяжелая сердечная патология, расширение вен пищевода.

Этапы	Обоснование
<p>Подготовка к процедуре</p> <p>Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Объяснить суть и ход предстоящей процедуры. Предупредить, что исследование проводится натощак; допустим легкий ужин накануне (не позднее чем 18.00). Запретить принимать пищу, лекарственные препараты, пить, курить перед исследованием. Пояснить, что при введении зонда возможны тошнота и позывы на рвоту, которые можно подавить, вли глубоко дышать через нос. Получить согласие на доведение процедуры</p>	<p>Психологическая подготовка пациента к процедуре. Мотивация пациента к сотрудничеству. Соблюдение права пациента на информацию</p>
<p>Подготовить оснащение. Исключить шум, суету, присутствие других людей</p>	<p>Выполнение необходимого условия для эффективного проведения процедуры</p>
<p>Выполнение процедуры</p> <p>Помочь пациенту занять необходимое для проведения процедуры положение: сидя на стуле, прислонившись к спинке и слегка наклонив голову вперед</p>	<p>Обеспечение свободного прохождения зонда</p>
<p>Положить полотенце на грудь и шею пациента. Подавить рядом с пациентом почкообразный лоток</p>	<p>Защита одежды от промокания и загрязнения</p>
<p>Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки</p>	<p>Обеспечение инфекционной безопасности</p>
<p>Определить глубину, на которую должен быть введен зонд (можно измерить расстояние от губ до мочки <i>ia</i> и вниз по передней брюшной стенке так, чтобы отверстие зонда было ниже мечевидного отростка, либо от роста пациента отнять 100 см), и вставить метку. Пакет с зондом лучше положить в холодильник за 1,5 ч до исследования с целью снижения рвотного рефлекса при введении.</p>	<p>Выполнение необходимого условия для введения зонда в желудок</p>
<p>Взять зонд правой рукой на расстоянии 10—15 см от конца, а левой рукой поддерживать его свободный конец</p>	<p>Подготовка к процедуре</p>

6. Встать справа от пациента. Предложить ему открыть рот. Положить слепой конец зонда на корень языка. Предложить пациенту сделать глотательное движение и на вдохе продвинуть зонд в пищевод	Перистальтические движения, возникающие в связи с актом глотания, способствуют продвижению зонда
7. Попросить пациента обхватить зонд губами и делать глотательные движения по команде медсестры. Слюну вытирать салфеткой. <i>Примечание: если пациент закашлялся, появился цианоз, немедленно извлечь зонд, дать пациенту время восстановить дыхание и повторить введение</i>	Во время глотания надгортанник закрывает вход в трахею, одновременно открывая вход в пищевод. При каждом глотательном движении зонд будет продвигаться в желудок до нужной метки. Беспорядочные глотательные движения, возникающие вследствие позывов на рвоту, приводят к регургитации зонда
8. Продолжать введение зонда до нужной отметки	Обеспечение попадания зонда в желудок
9. Присоединить к зонду шприц	Обеспечение извлечения содержимого желудка
Внимание! Следующий ход процедуры проводится различными методами	
А. Метод Лепорского: а) в течение 5 мин извлекать содержимое желудка (1-я порция); б) ввести через зонд 200 мл подогретого до 38 °С энтерального раздражителя (капустный отвар); в) извлечь через 10 мин 20 мл желудочного содержимого (2-я порция); г) извлечь через 15 мин весь остаток пробного завтрака (3-я порция); д) извлекать в течение 1 ч желудочное содержимое (4-я, 5-я, 6-я, 7-я порции), меняя емкости каждые 15 мин	Возможность получения различных фракций желудочного сока: тощаковой, стимулированной
Б. Метод Веретенова, Новикова, Мясоедова: а) извлечь желудочное содержимое натощак (1-я порция); б) извлекать в течение 1 ч содержимое желудка, меняя емкости для сока каждые 15 мин (2-я, 3-я, 4-я, 5-я порции); в) ввести через зонд энтеральный раздражитель, подогретый до 38 °С; г) дальнейшее извлечение желудочного содержимого проводить по методу Лепорского (см. А, в, г, д)	Возможность получения различных фракций желудочного сока: тощаковой, базальной, стимулированной
В. При исследовании с помощью парентерального раздражителя: а) определить массу тела пациента, измерить АД, выяснить, не было ли ранее аллергических реакций; б) набрать в шприц нужную дозу препарата и ввести его подкожно после извлечения 5-й порции (см. метод Веретенова, Новикова, Мясоедова); в) извлекать в течение часа желудочное содержимое, меняя емкости для сока через каждые 15 мин (6-я, 7-я, 8-я, 9-я порции)	Обеспечиваются более достоверные результаты определения секреции желудка, парентеральный раздражитель желудочной секреции вводится из расчета: гистамин — 0,01 мг на 10 кг массы тела; пентагастрин — 0,6 мкг на 1 кг массы тела пациента. Гистамин и пентагастрин вызывают падение АД, а в некоторых случаях — аллергические реакции

По окончании процедуры отсоединить шприц и извлечь зонд из желудка, обернув его салфеткой	Защита одежды от загрязнения
III. Окончание процедуры 1. Погрузить инструментарий в емкость с дезинфектантом	Обеспечение инфекционной безопасности
2. Снять перчатки. Помочь пациенту умыться и занять удобное положение	Обеспечение физиологического и психологического комфорта
3. Вымыть руки	Обеспечение инфекционной безопасности
4. Оформить в лабораторию направление на промаркированные пробирки с желудочным соком. Указать Ф.И.О пациента, отделение, цель забора, дату. Отправить в лабораторию	Обеспечение условий для проведения исследования
5. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента. Подклеить полученные результаты исследования в документацию	Обеспечение преемственности сестринского ухода

ДУОДЕНАЛЬНОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ (ФРАКЦИОННЫЙ СПОСОБ)

<p>Цель: лечебная и диагностическая.</p> <p>Показания: заболевания печени и желчевыводящих путей.</p> <p>Оснащение: стерильный дуоденальный зонд с металлической оливой на конце, штатив с пробирками, стимулятор для желчного пузыря (25—40 мл 33 % сульфата магния, 0,1 % раствор атропина), шприц Жане, грелка, валик, перчатки.</p> <p>Противопоказания: острый холецистит и обострение хронического, желудочное кровотечение, язвенная болезнь желудка, сердечно-сосудистая недостаточность, расширение вен пищевода, бронхиальная астма.</p>	
Этапы	Обоснование
<p>Подготовка к процедуре</p> <p>1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Объяснить суть и последовательность предстоящей процедуры. Пояснить, что при введении зонда возможны тошнота и позывы на рвоту, которые можно подавить, если глубоко дышать через рот. Получить согласие на проведение процедуры.</p>	<p>Психологическая подготовка пациента к процедуре. Мотивация пациента к сотрудничеству. Соблюдение права пациента на информацию</p>
<p>2. Подготовить оснащение. Для определения местонахождения оливы на зонде имеются метки либо через каждые 10 см, либо 3 метки, <i>первая</i> из которых на расстоянии примерно 45 см соответствует входному отделу желудка, <i>вторая</i> на расстоянии 70 см — выводному отделу, <i>третья</i> на расстоянии 90 см — двенадцатиперстной кишке.</p>	<p>Необходимые требования для эффективного проведения процедуры</p>
<p>3. Исключить шум, суету, присутствие других людей</p>	<p>Выполнение необходимого условия снижения психологического дискомфорта</p>

<p>II. Выполнение процедуры</p> <p>1. Помочь пациенту занять необходимое для проведения процедуры положение: сидя на стуле, прислонившись к спинке и слегка наклонив голову вперед</p>	Обеспечение свободного прохождения зонда
2. Положить полотенце на грудь и шею пациента	Защита одежды от промокания и загрязнения
3. Вымыть руки. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
4. Извлечь зонд из холодильника	Пакет с зондом необходимо положить в холодильник за 1,5 ч до исследования с целью снижения рвотного рефлекса
5. Взять зонд правой рукой на расстоянии 10—15 см от слепого конца, а левой рукой поддерживать его свободный конец	Подготовка к процедуре
<p>6. Встать справа от пациента. Предложить ему открыть рот. Положить оливу на корень языка, а затем попросить пациента проглотить ее.</p> <p><i>Примечание: медсестра только придерживает зонд, насильственное введение запрещено</i></p>	Продвижение зонда должно осуществляться за счет тяжести оливы, глота тельных движений пациента и перистальтики
<p>7. Предложить пациенту делать глотательные движения, обеспечивающие продвижение зонда, по команде медсестры, а слюну вытирать салфеткой. <i>Примечание: если пациент закашлялся, появился цианоз, немедленно извлечь зонд, дать пациенту время восстановить дыхание и продолжить процедуру</i></p>	Во время глотания надгортанник закрывает вход в трахею, одновременно открывая вход в пищевод. При каждом глотательном движении зонд будет продвигаться в желудок до нужной метки. При этом исключается сворачивание зонда
8. Продолжать введение зонда до нужной отметки (4-й или 5-й)	Обеспечение попадания зонда в желудок
9. Проверить местонахождение зонда: подсоединить шприц к зонду и потянуть на себя поршень. Если жидкость в шприц не поступает, необходимо подтянуть зонд на себя и предложить заглатывать его вновь	Поступление мутноватой жидкости желтого цвета в шприц свидетельствует: зонд находится в желудке. Отсутствие жидкости в шприце означает что зонд «свернулся» в пищеводе. По падание зонда в желудок — необходимое условие продолжения процедуры
<p>10. Отсосать желудочное содержимое с помощью шприца. Уложить пациента на правый бок, подложить под таз валик или свернутое одеяло, под правое подреберье — теплую грелку.</p> <p>Попросить больного продолжать заглатывать зонд до 7—8-й метки. Продолжительность заглатывания — от 40 мин до 1 ч</p>	Облегчение продвижения зонда к привратнику, а затем — в двенадцати перстную кишку. Попытка более бы строго заглатывания зонда приводит к тому, что он часто сворачивается в желудке и в конечном счете удлиняет исследование
<p>11. Опустить конец зонда в пробирку, когда олива окажется в двенадцатиперстной кишке (у резцов — 9-я метка).</p> <p><i>Примечание: штатив с пробирками устанавливается ниже кушетки</i></p>	Расстояние от передних резцов до большого дуоденального сосочка

<p>12. При нахождении оливы в двенадцатиперстной кишке в пробирку поступает золотисто-желтая жидкость — дуоденальная порция — порция А. За 20—30 мин поступает 15—40 мл этой порции (2—3 пробирки). <i>Примечание: если жидкость не поступает в пробирку, нужно проверить местонахождение зонда с помощью введения в него шприцем воздуха, погружения в последние пробирки лакмусовой бумаги или выполнения рентгеноскопии; помогите продвижению оливы, введите 0,1 % атропин подкожно, сделайте массаж эпигастральной области</i></p>	<p>Цвет порции А обусловлен смесью желчи, панкреатического секрета и кишечного сока. При наличии примеси желудочного сока порция А становится мутной. Если зонд находится в двенадцатиперстной кишке, введение воздуха не сопровождается никакими звуковыми явлениями; если зонд в желудке — отмечаются характерные kloкочущие звуки. Содержимое порции А имеет щелочную реакцию, лакмусовая бумажка при погружении синее</p>
<p>13. После получения порции А ввести с помощью шприца Жане стимулятор желчного пузыря (25—40 мл 33 % раствора сульфата магния). Переместить зонд в следующую пробирку</p>	<p>Обеспечение опорожнения желчного пузыря и получение порции В (см. ниже) за счет послабляющего эффекта сульфата магния</p>
<p>14. Наблюдать за поступлением в пробирку (после введения стимулятора через 10—15 мин) свободно выделяющейся порции В — пузырной желчи. Обратит внимание на цвет и консистенцию желчи. За 20—30 мин в среднем должно выделиться 30—60 мл желчи (4—6 пробирок). Порция В обязательно замеряется. <i>Примечание: желчь порции В подвергается бактериологическому исследованию по назначению врача</i></p>	<p>Цвет пузырной желчи коричневый или оливковый, а при застое желчи — темно-зеленый. Ее количество обусловлено объемом желчного пузыря и степенью его опорожнения. Длительность выделения порции В зависит от сократительной способности желчного пузыря и сфинктеров. При слабой концентрационной функции желчного пузыря не всегда удается отличить по цвету порции А и В. Забор желчи на бактериологическое исследование проводится в стерильную пробирку с соблюдением мероприятий по профилактике инфицирования желчи извне</p>
<p>15. Внимательно наблюдать за цветом желчи при получении порции В, чтобы своевременно выявить порцию С. Переместить зонд в следующую пробирку для получения порции С — печеночной порции. Продолжительность получения порции С: за 20—30 мин — 15-20 мл желчи (1—2 пробирки)</p>	<p>Цвет печеночной желчи более светлый, золотисто-желтый</p>
<p>16. По окончании процедуры извлечь зонд из желудка, обернув его салфеткой</p>	<p>Защита одежды от загрязнения</p>
<p>I. Окончание процедуры 1. Погрузить инструментарий в емкость с дезинфектантом</p>	<p>Обеспечение инфекционной безопасности</p>
<p>2. Снять перчатки. Помочь пациенту умыться и занять лобное положение</p>	<p>Обеспечение физиологического и психологического комфорта</p>
<p>Вымыть и осушить руки</p>	<p>Обеспечение инфекционной безопасности</p>
<p>Оформить направления на каждую порцию и доставить емкости в лабораторию</p>	<p>Обеспечение условий для проведения исследования</p>
<p>Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента</p>	<p>Обеспечение преемственности сестринского ухода</p>
<p>Подклеить полученные результаты исследования в документацию</p>	<p>Обеспечение преемственности сестринского ухода</p>

ГЛАВА 14

СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ ВНЕ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ, ПРОВОДИМАЯ ОДНИМ СПАСАТЕЛЕМ

Цель: реанимировать взрослого пострадавшего.

Этапы	Обоснование
1. Коснуться пострадавшего, похлопать его по плечу, спросить, все ли у него в порядке	Выявление наличия сознания
2. Позвать на помощь (крича и размахивая руками, поднятыми вверх), если ответа нет.	Посильную помощь может оказать каждый. Физическая и эмоциональная нагрузка меньше, когда спасатель не один
3. Повернуть пострадавшего на спину (если он лежит не на спине)	Реанимация проводится в положении на спине
4. Поворачивать пострадавшего одним движением «на себя», предварительно вытянуть вверх вдоль тела его руку, находящуюся ближе к спасателю. Поддерживать голову при необходимости. Вытянуть руки пострадавшего вдоль тела вниз после поворота	При указанном повороте равномерно распределяется вес пострадавшего; затрачивается минимум времени; «перекатывание» на руке защищает шейные позвонки и мягкие ткани
5. Поднять шею сзади одной рукой, а другой — нажать вниз на лоб, запрокидывая голову. Подложить под лопатки валик из свернутой одежды, если есть возможность. После запрокидывания головы пострадавшего назад освободить руку, ранее находившуюся под шеей пациента, расположить ее на передней поверхности шеи таким образом, чтобы указательный и большой пальцы находились на уровне углов нижней челюсти, и вывести нижнюю челюсть вперед	Обеспечение проходимости дыхательных путей
6. Открыть рот пострадавшего, пальцами удалить инородные тела, иное содержимое, если таковое имеется	Восстановление проходимости дыхательных путей
7. Проверить, есть ли дыхание, приблизив свою голову так, чтобы одновременно: посмотреть, поднимается ли грудная клетка; послушать, есть ли дыхание; почувствовать щекой выдыхаемый воздух	Участие одновременно трех анализаторов (зрительного, слухового, тактильного)

<p>8. Вентилировать дыхательные пути, если дыхание отсутствует (зубные протезы оставить во рту). Для этого: положить на область рта пострадавшего носовой платок, салфетку и т.п. (или ввести в рот «УДР-Р-01»); продвинуть одну руку спасателя под шею пострадавшего: уложить на лоб кисть второй руки, указательным и большим пальцами зажимая нос и добиваясь максимального разгибания головы; широко открыть свой рот, сделать глубокий вдох и, герметично охватив своими губами губы пострадавшего, произвести выдох в рот пострадавшего (~ 800—1000 мл); сделать два глубоких вдувания с интервалом 5 с и продолжительностью 1—2 с каждый; следить, чтобы голова пациента находилась в правильном положении; почувствовать выдох воздуха изо рта пострадавшего. Если дыхательные пути непроходимы, необходимо восстановить их проходимость</p>	<p>Проверка проходимости дыхательных путей. Зубные протезы способствуют более тесному контакту со ртом спасателя. Обеспечение инфекционной безопасности. Исключение ошибочного диагностирования закупорки дыхательных путей. При вентилировании воздух не должен выходить через нос, через щели между ртом пострадавшего и ртом спасателя. Пауза служит для пассивного выдоха пострадавшего и возможности сделать вдох спасателю. Далее: обеспечение проходимости дыхательных путей. Подтверждение, что дыхательные пути свободны</p>
<p>9. Пальпировать пульс на сонной артерии на стороне спасателя, если дыхательные пути проходимы</p>	<p>Определение наличия сердечной деятельности. Определение пульса на противоположной стороне может привести к пережатию дыхательных путей рукой спасателя</p>
<p>10. Приготовиться к компрессиям грудной клетки, если пульс отсутствует. Правильно встать — колени спасателя должны находиться рядом с плечом пострадавшего</p>	<p>В таком положении один спасатель может поочередно делать вдувания и компрессии</p>
<p>11. Правильно расположить свои руки для непрямого массажа сердца: поместить основание левой ладони на нижнюю треть грудины, на 2 см выше мечевидного отростка; поместить основание правой ладони поверх левой, подняв пальцы, чтобы они не касались ребер (пальцы «верхней» руки придерживают пальцы «нижней»). Наклониться вперед: плечи спасателя должны быть над грудиной пострадавшего; разогнуть руки в локтях (руки прямые от кистей до плеча)</p>	<p>Сердце должно сжиматься между рукояткой грудины и позвоночником. При нажатии на ребра возможна их травматизация. Угол между основанием ладони спасателя и грудиной пострадавшего должен составлять 90°. В противном случае компрессии будут неэффективны, и возможна травма ребер и внутренних органов</p>
<p>12. Сделать 30 (15) компрессий на грудину (с частотой более 80 компрессий в минуту) на глубину 4—5 см при счете «раз и, два и»... (нажимать на грудную клетку при счете «раз» и отпускать, когда произносится «и»). Сжимать и отжимать грудную клетку плавно, постоянно держать руки в контакте с грудной клеткой</p>	<p>Счет помогает выбрать правильный ритм. Обеспечивается также предупреждение травмы грудной клетки и внутренних органов</p>
<p>13. Произвести 3 больших цикла: один цикл — 2 вдувания и 30 (15) компрессий</p>	<p>Продолжение реанимации</p>
<p>14. Пальпировать пульс на сонной артерии через каждые 1—2 мин</p>	<p>Оценка эффективности непрямого массажа сердца</p>
<p>15. Вентилировать дыхательные пути 2 раза и повторить действия, описанные в пунктах 10—12, если пульс отсутствует</p>	<p>Продолжение реанимации</p>

16. Проверить наличие самостоятельного дыхания, если пульс определяется. При отсутствии дыхания выполнять вентиляцию 12 раз за 1 мин, следить за пульсом ежеминутно	Возможна повторная остановка работы сердца
17. Просить вызвать скорую помощь в случае появления кого-то в ответ на зов о помощи	Даже реанимированный пострадавший нуждается в медицинской помощи
18. Прекратить реанимационные мероприятия, когда: появились самостоятельное дыхание и пульс; приехала бригада скорой помощи; спасатель устал и не может больше реанимировать пострадавшего; на смену пришел человек (люди), умеющий проводить реанимацию	Окончание реанимации

СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ, ПРОВОДИМАЯ ДВУМЯ СПАСАТЕЛЯМИ

Цель: реанимировать взрослого пострадавшего.

Условия: спасатели располагаются с обеих сторон пациента. Первый проводит вентиляцию легких, второй — массаж сердца. Когда люди устанут, подается команда «смена», и они меняются местами: первый обеспечивает массаж сердца, второй — ИВЛ

Этапы	Обоснование
1. Коснуться пострадавшего, похлопать его по плечу, спросить, все ли у него в порядке	Выявление наличия сознания
2. Позвать на помощь (крича и размахивая руками, поднятыми вверх) при отсутствии ответа. Если один спасатель вызывает скорую помощь, а второй приступает к реанимации — см. предыдущий алгоритм	Посильную помощь может оказать каждый. Физическая и эмоциональная нагрузка меньше, когда спасатель не один
3. Повернуть пациента на спину единым движением «на себя», если он лежит не на спине (см. выше). Поддерживать голову пациента при необходимости. Вытянуть руки пострадавшего вдоль тела вниз после поворота	См. предыдущий алгоритм, пункты 3,4
4. Подвести (одному из спасателей) одну руку под шею пострадавшего и слегка приподнять ее: голова при этом запрокидывается назад. Под лопатки можно подложить валик из одежды. Зафиксировать голову в запрокинутом положении, надавливая ребром свободной ладони на лоб пациента. Убрать руку из-под шеи и переместить ее на переднюю поверхность шеи таким образом, чтобы указательный и большой пальцы находились на уровне углов нижней челюсти. Вывести последнюю вперед. Открыть рот по-1 пострадавшего, пальцами удалить инородные тела, иное содержимое, если таковое имеется	Обеспечение и восстановление проходимости дыхательных путей

5. Проверить, есть ли дыхание, приблизив свою голову так, чтобы одновременно посмотреть, поднимается ли грудная клетка; послушать, есть ли дыхание; почувствовать щекой выдыхаемый воздух	Участие одновременно трех анализаторов (зрительного, слухового, тактильного)
6. Провести искусственную вентиляцию легких изо «рта в рот», если дыхание отсутствует (зубные протезы оставить во рту)	Проверка проходимости дыхательных путей. Зубные протезы способствуют более тесному контакту со ртом спасателя
Одному из спасателей положить на область рта пострадавшего носовой платок, салфетку и т.п. (или ввести в рот «УДР-Р-01»)	Обеспечение инфекционной безопасности
Подвести одну руку под шею пострадавшего, кисть второй уложить на лоб, указательным и большим пальцем зажимая нос и обеспечивая максимальное разгибание головы	При вентилировании воздух не должен выходить через нос. При неправильном выполнении этого пункта спасатель может ошибочно диагностировать закупорку дыхательных путей
9. Широко открыть свой рот, сделать глубокий вдох и, герметично захватив своими губами губы пострадавшего, произвести выдох ему в рот (~ 800 —1000 мл)	При вентилировании воздух не должен выходить через щели между ртом пострадавшего и ртом спасателя
Сделать два глубоких вдувания с интервалом 5 с и продолжительностью 1—2 с каждый;	Пауза служит для пассивного выдоха пострадавшего и возможности сделать вдох спасателю
Следить, чтобы голова пациента находилась в правильном положении; почувствовать выдох воздуха изо рта пострадавшего. Если дыхательные пути непроходимы, необходимо восстановить их проходимость	Обеспечение проходимости дыхательных путей. Подтверждение, что дыхательные пути свободны
Сказать громко и четко, если дыхательные пути проходимы: «Дыхательные пути проходимы». Пальпировать пульс на сонной артерии (выполняет проводивший вдувания)	Определение наличия сердечной деятельности
При отсутствии пульса громко и четко сказать: «Пульса нет»	Информация для второго спасателя
Приготовиться второму спасателю к компрессиям грудной клетки	Продолжение реанимации
Второму спасателю встать правильно: колени должны находиться рядом с плечом пострадавшего противоположной от первого спасателя стороне	В таком положении один спасатель может поочередно делать вдувания и компрессии
Расположить правильно свои руки для непрямого массажа сердца: провести II и III пальцами правой руки вверх по реберной дуге и нащупать мечевидный отросток; держать II и III пальцы на мечевидном отростке грудины, а основание левой ладони помещать рядом со II пальцем на нижнюю часть грудины, вдоль нее переместить правую руку и положить вверх левой. Держать пальцы, не касаясь грудной клетки (пальцы «верхней» руки придерживают пальцы «нижней»). Наклониться вперед: плечи спасателя должны быть над грудиной пострадавшего; руки локтях разогнуть (руки прямые от кистей до плеча)	Определение места для компрессий. Сердце должно сжиматься между рукояткой грудины и позвоночником. Угол между основанием ладони спасателя и грудиной пострадавшего должен составлять 90°. В противном случае компрессии будут неэффективны, и возможна травма ребер и внутренних органов

17. Сделать 5 компрессий на грудину (с частотой более 80 компрессий в минуту) на глубину 4—5 см при счете «раз и, два и»... (нажимать на грудную клетку при счете «раз» и отпускать, когда произносится «и»). Сжимать и отжимать грудную клетку плавно, постоянно держать руки в контакте с ней	Счет помогает выбрать правильный ритм, дает сигнал первому спасателю производить вентилирование. Обеспечивает предупреждение травмы грудной клетки и внутренних органов
18. Сделать 10 больших циклов: один цикл — 5 компрессий и 1 вдувание	Продолжение реанимации
19. Пальпировать пульс на сонной артерии	Оценка эффективности непрямого массажа сердца
20. Сказать, если пульс отсутствует, громко и четко: «Пульса нет». Вентилировать дыхательные пути. Повторить действия, описанные в пунктах 17, 18	Продолжение реанимации
21. Проверить, если пульс определяется, есть ли самостоятельное дыхание. Выполнять вентиляцию 12 раз за 1 мин, если дыхание отсутствует. Ежеминутно следить за пульсом спасателю, осуществляющему ИВЛ	Возможна повторная остановка работы сердца
22. Поменяться местами	Спасатель, делающий компрессии, устал
23. Спасателю, осуществляющему компрессию, дать ясный сигнал о смене мест и сделать последнюю компрессию	Например, «поменялись, два и, три и, четыре и, пять и...»
24. Спасателю, проводящему вентиляцию дыхательных путей, сделать 2 вдувания, затем передвинуться к грудной клетке, расположить свои руки на грудине, но не делать компрессии. Спасателю, который проводил не прямой массаж сердца, передвинуться к голове пострадавшего и определить, есть ли пульс. При отсутствии пульса обеспечить проходимость дыхательных путей и сделать 2 вдувания. После пассивного выдоха пострадавшего второму спасателю начать делать компрессии	Определение эффективности непрямого массажа сердца. Продолжение реанимации
25. Просить вызвать скорую помощь в случае появления кого-то в ответ на зов о помощи	Даже реанимированный пострадавший нуждается в медицинской помощи
26. Прекратить реанимационные мероприятия, когда: появились самостоятельное дыхание и пульс; приехала бригада скорой помощи; спасатели устали и не могут больше реанимировать пострадавшего; на смену пришел человек (люди), умеющий проводить реанимацию	Окончание реанимации

ГЛАВА 15

ОБРАЩЕНИЕ С ТРАХЕОСТОМИЧЕСКОЙ ТРУБКОЙ

УХОД ЗА ПЛАСТИКОВОЙ ТРАХЕОСТОМИЧЕСКОЙ ТРУБКОЙ С НЕСДУВАЮЩЕЙСЯ МАНЖЕТОЙ

Цель: лечебная

Показания: трахеотомия, первые 3—7 дней.

Оснащение: стерильные: катетер, 4—6 марлевых тампона, 4—6 салфеток, перчатки, физраствор, глицерин, расширитель трахеи; электроотсос, ножницы, непромокаемая пеленка, увлажняющий крем, емкости для дезинфекции, мешки для утилизации.

Противопоказания: определяет врач.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Поскольку пациент не может еще говорить, составить план вопросов, предполагающих однозначные ответы, чтобы больной мог отвечать кивком головы. Объяснить цель и последовательность предстоящей процедуры, получить согласие на ее проведение (кивком головы)	Психологическая подготовка пациента к процедуре. Мотивация пациента к сотрудничеству. Соблюдение права пациента на информацию
II. Выполнение процедуры 1. Придать пациенту положение Фаулера (если возможно)	Обеспечение наиболее удобного положения для манипуляции
2. Под голову больного подложить непромокаемую пеленку. Укрыть шею (ниже трахеостомы) и грудь пациента пеленкой	Обеспечение чистоты, сухости постельного и нательного белья
3. Вымыть и осушить руки. Надеть стерильные перчатки	Профилактика внутрибольничной инфекции
4. Осмотреть губы, язык, полость рта больного	Контроль над слизистыми оболочками
5. Отсосать слизь из ротоглотки или очистить полость рта тампонами, смоченными в физрастворе	Профилактика инфицирования слизистой оболочки рта
6. Обработать поверхность губ влажным тампоном, осушить промокательными движениями	Гигиена губ
7. Смазать губы увлажняющим кремом	Обеспечение физиологического увлажнения губ
8. Снять марлевую повязку с трахеостомы, осмотреть трахеостому	Визуальная оценка трахеостомы

9. Оценить надежность фиксирования трубки тесемками	Обеспечение безопасности пациента
10. Сменить тесемки при их загрязнении	Профилактика внутрибольничной инфекции
11. Вскрыть ножницами упаковку со стерильным катетером, не извлекая его (диаметр катетера равняется 50 % диаметра трахеальной канюли)	Обеспечение стерильности
12. Сменить перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
13. Извлечь катетер из пакета и присоединить к соединительной трубке электроотсоса	Обеспечение выполнения процедуры
14. Обработать катетер стерильным глицерином (стерильной водой)	Предупреждение травмы слизистой оболочки трахеи
15. Проверить уровень давления в отсосе	Обеспечение выполнения процедуры
16. Предупредить пациента о возможном возникновении кашля и соответствующих действиях	Обеспечение безопасности пациента
17. Ввести катетер в порт Т-образной трубки на 20—30 см и включить электроотсос (давление ~ 25 мм рт.ст.)	Выполнение процедуры
18. Провести осторожное отсасывание слизи (не дольше 10-15 с)	Обеспечение качественного проведения туалета трахеи
19. Извлечь катетер, дать отдохнуть пациенту 1—3 мин	Обеспечение адекватного дыхания Предупреждение гипоксии
20. Повторить отсасывание слизи до восстановления проходимости дыхательных путей	Продолжение процедуры
21. Извлечь из трахеостомической трубки катетер при появлении кашля	Профилактика осложнений
22. Собирать слизь (которая выбрасывается с силой через трубку) стерильными салфетками	Профилактика внутрибольничной инфекции
23. Осушить кожу вокруг трахеостомы, осторожно отодвигая ее «ушки»	Предупреждение раздражения кожи
24. Закрыть трахеостому влажной салфеткой на турунде — «занавеской»	Предупреждение высыхания трахей
III. Окончание процедуры	Обеспечение инфекционной безопасности
1. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразового	
2. Снять перчатки. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности сестринского ухода

ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА УХОДУ ЗА ТРАХЕОСТОМИЧЕСКОЙ ТРУБКОЙ

Цель: профилактическая; показания; наличие временной или постоянной трахеостомической трубки.

Оснащение: зеркало, емкость с мыльным раствором, ершик, 70° этиловый спирт, 4—6 стерильных марлевых салфеток, бинт.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Вымыть и осушить руки	Профилактика инфицирования
2. Приготовить оснащение	Обеспечение качественного выполнения процедуры
II. Выполнение процедуры 1. Встать (сесть) перед зеркалом	Выполнение условий процедуры
2. Отвести запор-флажок наружной трахеостомической трубки в положение «вверх»	Обязательное условие для вывода внутренней трубки из основной
3.левой рукой большим и указательным пальцами зафиксировать пластинку наружной трахеостомической трубки с обеих сторон. Взять «ушки» внутренней трахеостомической трубки большим и указательным пальцами правой руки и, плотно зафиксировав их, извлечь в направлении «от себя» дугообразным движением, внутреннюю трахеостомическую трубку из основной (наружной)	Предупреждение вывода наружной трахеостомической трубки (постоянной) из трахеи
4. Погрузить внутреннюю трубку в емкость с мыльным раствором и очистить ершиком все поверхности от корок и слизи	Обеспечение эффективности обеззараживания и очистки
5. Промыть внутреннюю трахеостомическую трубку под проточной водой	Удаление остатков моющих средств
6. Обработать внутреннюю трахеостомическую трубку салфеткой, смоченной 70 % этиловым спиртом. Просушить трубку стерильной салфеткой	Обеспечение дезинфекции
III. Завершение процедуры 1. Фиксировать пластинку наружной трахеостомической трубки большим и указательным пальцами левой руки. Ввести в отверстие наружной трубки внутреннюю трахеостомическую трубку, держа ее за «ушки» большим и указательным пальцами правой руки. Перевести замок-флажок в положение «вниз»	Обеспечение фиксации внутренней трубки
2. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Накрывать отверстие трубки двухслойной марлевой салфеткой, зафиксировав ее вокруг шеи повязкой типа «шторки». Летом салфетку увлажнять водой	Профилактика инфицирования, переохлаждения (зимой) и высушивания (летом) дыхательных путей