

А ТЛАС С ЕСТРИНСКИХ М АНИПУЛЯЦИЙ

Federal State-Funded Educational Institution of Higher Training
I.M. Sechenov First Moscow State Medical University
of the Ministry of Health of the Russian Federation



Nataliya Kasimovskaya, Elena Boyar, Tamara Antyushko, Zulfira Zagretdinova

ATLAS OF NURSING MANIPULATIONS



Medical Informational Agency
Moscow
2017

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова



Н.А. Касимовская, Е.А. Бояр, Т.Д. Антюшко, З.М. Загретдинова

АТЛАС СЕСТРИНСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ

Рекомендовано Координационным советом по области образования «Здравоохранение и медицинские науки» в качестве учебного наглядного пособия для студентов образовательных учреждений, реализующих программы высшего образования по специальностям 31.05.01 «Лечебное дело», 31.05.02 «Педиатрия» по дисциплинам «Основы ухода за больными», «Сестринское дело», по специальности 34.03.01 «Сестринское дело» по дисциплине «Основы сестринской деятельности», по специальности 39.03.02 «Социальная работа» по дисциплине «Основы ухода. Первая помощь»



Медицинское информационное агентство
Москва
2017

УДК 616-083(075)
ББК 53.5(я7)
К28

Получена положительная рецензия Экспертной комиссии по работе с учебными изданиями
ФГБОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова № 022 ЭКУ от 15 сентября 2016 г.

Касимовская, Н.А.

К28 Атлас сестринских манипуляций / Н.А. Касимовская, Е.А. Бояр, Т.Д. Антюшко, З.М. Загретдинова. — Москва : ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2017. — 192 с. : ил.

ISBN 978-5-9986-0293-1

Атлас сестринских манипуляций является современным учебным наглядным пособием для освоения алгоритмов основных сестринских манипуляций.

Рекомендуется студентам профессиональных образовательных организаций среднего и высшего медицинского образования, а также медицинским сестрам практического здравоохранения в качестве наглядного пособия по выполнению основных манипуляций сестринского ухода.

Kasimovskaya, Nataliya

Atlas of nursing manipulations / Nataliya Kasimovskaya, Elena Boyar, Tamara Antyushko, Zulfira Zagretdinova. — Moscow : Medical Informational Agency, 2017. — 192 p. : il.

Atlas of nursing manipulations is an illustrated study guide for the learning of basic nursing manipulations algorithms, designed for students of professional educational institutions of secondary and higher medical education. It is recommended for practical nurses as a modern illustrated study guide for the performance of basic manipulations of nursing care.

УДК 616-083(075)
ББК 53.5(я7)

ISBN 978-5-9986-0293-1

- © Касимовская Н.А., Бояр Е.А., Антюшко Т.Д., Загретдинова З.М., 2017
- © ФГБОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России, 2017
- © Оформление. ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2017

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав

СПИСОК АВТОРОВ (Authors)

Касимовская Наталия Алексеевна

Декан факультета высшего сестринского образования и психолого-социальной работы, зав. кафедрой управления сестринской деятельностью и социальной работы, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, доцент, кандидат медицинских наук

Kasimovskaya Nataliya

Dean of the faculty of higher nursing education and psychological and social work, Head of the Department of nursing management and social work activities, I.M. Sechenov First MSMU, associate professor, PhD



Бояр Елена Александровна

Директор ГБПОУ ДЗМ «Медицинский колледж № 7»

Boyar Elena

Director «Medical college № 7» of Moscow Department of Health, PhD



Антюшко Тамара Дмитриевна

Старший преподаватель кафедры управления сестринским делом, Российский университет дружбы народов

Antyushko Tamara

Senior Lecturer of the Department of nursing management, Peoples' Friendship University of Russia



Загретдинова Зульфира Мунировна

Заместитель директора по учебной работе ГБПОУ ДЗМ «Медицинский колледж № 7»

Zagretdinova Zulfira

Deputy Director for Academic Affairs «Medical college № 7» of Moscow Department of Health



В фотосъемках принимали участие:

Тимофеева Татьяна Михайловна, Загретдинов Марат Наилевич, Суворова Александра Сергеевна, Туркина Анна Аркадьевна, Серов Александр Юрьевич, Лысенкова Ирина Юрьевна

Выражаем благодарность за помощь в подготовке «Атласа сестринских манипуляций» Беляковой Азе Михайловне, преподавателю ФГБПОУ «Медицинский колледж»

ОГЛАВЛЕНИЕ (Table of contents)

Предисловие	8		
(Preface)			
Глава 1. Основы выполнения манипуляций	10		
(Chapter 1. Fundamentals of nursing procedures)			
1.1. Правила обработки рук медицинского персонала и кожных покровов пациентов	10		
1.2. Гигиеническая обработка рук	10		
1.3. Использование перчаток	11		
1.4. Обеззараживание кожных покровов пациентов.....	11		
1.5. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств.....	11		
1.5.1. Форма 1. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств	12		
1.5.2. Форма 2. Отказ от видов медицинских вмешательств	12		
Глава 2. Подготовка к процедуре	14		
(Chapter 2. Preparation for the procedure)			
2.1. Идентификация пациента	14		
2.2. Подготовка расходных материалов (оснащение, лекарственное средство, шприцы, иглы, лотки, стерильный материал, кожный антисептик)	14		
2.3. Гигиеническая обработка рук	16		
2.4. Надевание стерильных перчаток	18		
2.5. Снятие перчаток.....	22		
2.6. Оформление медицинской документации.....	24		
Глава 3. Технологии выполнения простых медицинских услуг	26		
(Chapter 3. Algorithms of basic health-care procedures)			
3.1. Технологии выполнения простых медицинских услуг медицинской сестрой приемного покоя.....	26		
3.1.1. Технология измерения артериального давления на периферических артериях (A02.12.002).....	26		
3.1.2. Технология выполнения термометрии общей (A02.30.001)	30		
3.1.2.1. Технология измерения температуры тела в подмышечной впадине	30		
3.1.2.2. Технология измерения температуры в прямой кишке.....	36		
3.1.3. Технология измерения массы тела взрослого пациента (A02.01.001)	42		
3.1.4. Технология измерения роста (A02.03.005)	46		
3.1.5. Регистрация электрокардиограммы (A05.10.006).....	50		
3.2. Технологии выполнения простых медицинских услуг медицинской сестрой процедурной (прививочной)	60		
3.2.1. Технология выполнения внутрикожного введения лекарственных препаратов (A11.01.003)	60		
3.2.2. Технология выполнения подкожного введения лекарственных препаратов (A11.01.002)	68		
3.2.3. Технология выполнения внутримышечного введения лекарственных препаратов (A11.02.002)	74		
3.2.4. Технология выполнения внутривенного введения лекарственных препаратов (A11.12.003)	80		
3.2.5. Технология непрерывного внутривенного введения лекарственных препаратов (A11.12.003.001) (капельно с помощью системы для вливания инфузионных растворов) ...	86		
3.2.6. Технология катетеризации кубитальной и других периферических вен (A11.12.002).....	92		
3.2.7. Технология взятия крови из периферической вены (A11.12.009) ...	98		
3.3. Технологии выполнения простых медицинских услуг медицинской сестрой (перевязочной)	102		
3.3.1. Технология наложения повязки при нарушении целостности кожных покровов (A15.01.001)	102		
3.3.1.1. Выполнение повязки «Бинокулярная».....	102		
3.3.1.2. Выполнение повязки «Варежка».....	104		
3.3.1.3. Выполнение повязки «Восьмиобразная на голеностопный сустав»	108		

3.3.1.4. Выполнение повязки «Дезо»	110	3.3.2. Технология выполнения хирургической обработки раны или инфицированной ткани (A16.01.004).....	150
3.3.1.5. Выполнение повязки «Колосовидная на плечевой сустав» .	116	3.4. Технологии выполнения простых медицинских услуг медицинской сестрой палатной	152
3.3.1.6. Выполнение повязки «Колосовидная на I палец кисти»	118	3.4.1. Технология постановки очистительной клизмы (A14.19.002)	152
3.3.1.7. Выполнение повязки «Крестообразная повязка на затылок»...	122	3.4.2. Технология выполнения катетеризации мочевого пузыря (выведение мочи) (A11.28.007)	156
3.3.1.8. Выполнение повязки «На молочную железу».....	124	3.4.3. Технология постановки мочевого катетера (A11.30.011). Уход за постоянным мочевым катетером.....	166
3.3.1.9. Выполнение повязки «На культю»	126	3.4.4. Технология выполнения пособия при стомах толстой кишки (A14.18.001)	174
3.3.1.10. Выполнение повязки «На тыл стопы».....	128	3.4.5. Технология выполнения промывания желудка (A11.16.008)	178
3.3.1.11. Выполнение повязки «Окклюзионная».....	130	3.4.6. Технология введения лекарственных препаратов с помощью клизмы (A11.19.005).....	184
3.3.1.12. Выполнение повязки «Перчатка».....	132	Заключение	188
3.3.1.13. Выполнение повязки «Працевидная на нос».....	136	(Conclusion)	
3.3.1.14. Выполнение повязки«Працевидная на подбородок»	138	Список использованных источников	189
3.3.1.15. Выполнение повязки «Черепашья расходящаяся» на локтевой и коленный сустав	140	(Bibliography)	
3.3.1.16. Выполнение повязки «Спиральная на грудную клетку»	142		
3.3.1.17. Выполнение повязки «Черепашья сходящаяся» на локтевой и коленный сустав	144		
3.3.1.18. Выполнение повязки «Чепец».....	146		

ПРЕДИСЛОВИЕ

Сестринское дело в XXI в. реализуется в условиях новой стратегии развития здравоохранения России: смещения парадигмы от лечения к профилактике. В то же время реформы, проводимые в стране, как в системе здравоохранения, так и в системе подготовки кадров, предъявляют высокие требования к медицинским работникам, в том числе и медицинским сестрам.

Современный сестринский уход должен быть безопасным, высококачественным и ориентированным на человека, своевременно совершенствующимся в соответствии с требованиями общества и мировыми тенденциями развития сестринской практики, учитывающей потребности населения в сестринской помощи.

Атлас сестринских манипуляций — это наш вклад в развитие российского сестринского дела как реализованный проект визуализации основных сестринских манипуляций для лучшего их освоения. Цель этого проекта — повышение качества подготовки обучающихся образовательных организаций высшего и среднего профессионального ме-

дицинского образования и профессиональной деятельности медицинской сестры.

Надеемся, что атлас будет способствовать лучшему освоению новых знаний, умений и навыков, а медицинским сестрам практического здравоохранения предоставит возможность повторять и закреплять имеющиеся для осуществления профессиональной деятельности на высоком качественном уровне.

Атлас создан на основе современных нормативных документов, таких как Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 52623.3–2015 «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода» и СанПиН 2.1.3.2630–10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

Это первый наш опыт, поэтому коллектив авторов будет крайне признателен за предложения и пожелания и непременно учтет их в дальнейшей работе.

Коллектив авторов

PREFACE

Nursing in the 21st century follows the new strategy of health-care development in Russia where the whole paradigm shifts from treatment to prevention. At the same time, the country-wide reforms that take place in both health-care system and professional training impose very strict requirements on health-care workers, including nurses.

Modern nursing is to be safe, top-notch and patient-oriented, positively and promptly responding to changes in social needs and world-wide tendencies in development of nursing practices to address the need for nurse care.

This nursing manual is our contribution to the development of the Russian nursing care making it possible for trainees to use visual aids to better understand the procedures. This project aims to promote the standards of vocational and higher education as well as the quality of nursing activities.

We believe, that this nursing manual will help in acquiring new knowledge, skills and practices as well as provide an opportunity for licensed practical nurses to review and consolidate the existing skills in order to provide high-quality health-care services.

This nursing manual is based on the up-to-date regulatory documents, such as GOST R 52623.3-2015 «Algorithms of basic health-care procedures. Nursing procedures» and SanPiN 2.1.3.2630-10 «Sanitary and Epidemiological Requirements for Medical Institutions».

As this is our first attempt at creating such an exhaustive manual, our team of authors will gladly appreciate your feedback and consider it in future publications.

Team of authors

ОСНОВЫ ВЫПОЛНЕНИЯ МАНИПУЛЯЦИЙ

1.1. Правила обработки рук медицинского персонала и кожных покровов пациентов

В целях профилактики ИСМП (инфекции, связанной с оказанием медицинской помощи) обеззараживанию подлежат руки медицинских работников (гигиеническая обработка рук, обработка рук хирургов) и кожные покровы пациентов (обработка операционного и инъекционного полей, локтевых сгибов доноров, санитарная обработка кожных покровов).

В зависимости от выполняемой медицинской манипуляции и требуемого уровня снижения микробной контаминации кожи рук медицинский персонал осуществляет гигиеническую обработку рук или обработку рук хирургов.

Для достижения эффективного мытья и обеззараживания рук необходимо соблюдать следующие условия: коротко подстриженные ногти, отсутствие лака на ногтях, отсутствие искусственных ногтей, отсутствие на руках колец, перстней и других ювелирных украшений. Перед обработкой рук хирургов необходимо снять также часы, браслеты и пр. Для высушивания рук применяют чистые тканевые полотенца или бумажные салфетки однократного использования, при обработке рук хирургов — только стерильные тканевые.

Медицинский персонал должен быть обеспечен в достаточном количестве эффективными средствами для мытья и обеззараживания рук, а также средствами для ухода за кожей рук (кремы, лосьоны, бальзамы и др.) для снижения риска возникновения контактных дерматитов. При выборе кожных антисептиков, моющих средств и средств для ухода за кожей рук следует учитывать индивидуальную переносимость.

1.2. Гигиеническая обработка рук

Гигиеническую обработку рук следует проводить в следующих случаях:

- перед непосредственным контактом с пациентом;
- после контакта с неповрежденной кожей пациента (например, при измерении пульса или артериального давления);
- после контакта с секретами или экскретами организма, слизистыми оболочками, повязками;
- перед выполнением различных манипуляций по уходу за пациентом;
- после контакта с медицинским оборудованием и другими объектами, находящимися в непосредственной близости от пациента;
- после лечения пациентов с гнойными воспалительными процессами;
- после каждого контакта с загрязненными поверхностями и оборудованием.

Гигиеническая обработка рук проводится двумя способами:

- гигиеническое мытье рук мылом и водой для удаления загрязнений и снижения количества микроорганизмов;
- обработка рук кожным антисептиком для снижения количества микроорганизмов до безопасного уровня.

Для мытья рук применяют жидкое мыло с помощью дозатора (диспенсера). Вытирают руки индивидуальным полотенцем (салфеткой), предпочтительно одноразовым.

Гигиеническую обработку рук спиртосодержащим или другим разрешенным к применению антисептиком (без их предварительного мытья) проводят путем втирания его в кожу кистей рук в количестве, рекомендуемом инструкцией по применению, обращая особое внимание на обработку кончиков пальцев, кожи вокруг ногтей, между пальцами. Непременным условием эффективного обеззараживания рук является поддержание их во влажном состоянии в течение рекомендуемого времени обработки.

При использовании дозатора новую порцию антисептика (или мыла) наливают в дозатор после его дезинфекции, промывания водой и вы-



Стериллиум

обработка рук занимает **30 секунд**
Его жизнь ЭТОГО стоит

 Дезинфекция





Каждый
МОМЕНТ на счету
Ваши 5 моментов
гигиены рук

www.bode-science-center.ru

HARTMANN



Инновации в обучении медицинских работников

Интернет-курс

по основным
медицинским
процедурам

Интернет-сайт

Научного
Центра Бодэ для
специалистов

Обучение на рабочем месте

«Программа Повышения
Приверженности гигиене рук»

Тренинги по обработке рук

с помощью УФ-системы
самоконтроля

Качественная продукция



Х-вайпс



Стериллиум

Снижение госпитальных инфекций

Наши средства для гигиены и дезинфекции производятся, опираясь на современные научные разработки и обладают высочайшим качеством, неизменно подтверждаемым в комплексных исследованиях.
Исследования для защиты от инфекций. www.bode-science-center.ru





**ВЫСШАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ
ШКОЛА**

Курсы повышения квалификации

среднего медицинского персонала по программам дополнительного профессионального образования*

- Сестринское дело
- Лечебное дело
- Акушерское дело
- Сестринское дело в педиатрии
- Сестринское операционное дело
- Анестезиология и реаниматология
- Функциональная диагностика
- Организация сестринского дела
- Профессиональная переподготовка по сестринскому делу



Преимущества обучения в Высшей медицинской школе

- ✓ Обучение с минимальным отрывом от работы. Лекции изучаете дистанционно, очные занятия посещаете **2 раза в неделю**
- ✓ У нас интересно! Практические **занятия проходят в симуляционном центре**, оборудованном компьютерными симуляторами
- ✓ Вы получаете **документы государственного образца**

Негосударственное образовательное частное учреждение дополнительного профессионального образования «Высшая медицинская школа»
г. Москва, ул. Малая Семеновская, д.3А, стр. 2, офис 410, 8(495)783-35-28
www.vmskh.ru

сушивания. Предпочтение следует отдавать локтевым дозаторам и дозаторам на фотоэлементах.

Кожные антисептики для обработки рук должны быть легко доступны на всех этапах лечебно-диагностического процесса. В подразделениях с высокой интенсивностью ухода за пациентами и высокой нагрузкой на персонал (отделения реанимации и интенсивной терапии и т.п.) дозаторы с кожными антисептиками для обработки рук должны размещаться в удобных для применения персоналом местах (у входа в палату, у постели больного и др.). Следует также предусматривать возможность обеспечения медицинских работников индивидуальными емкостями (флаконами) небольших объемов (до 200 мл) с кожным антисептиком.

1.3. Использование перчаток

Перчатки необходимо надевать во всех случаях, когда возможен контакт с кровью или другими биологическими субстратами, потенциально или явно контаминированными микроорганизмами, слизистыми оболочками, поврежденной кожей.

Не допускается использование одной и той же пары перчаток при контакте (для ухода) с двумя и более пациентами, при переходе от одного пациента к другому или от контаминированного микроорганизмами участка тела к чистому. После снятия перчаток проводят гигиеническую обработку рук.

При загрязнении перчаток выделениями, кровью и т.п. во избежание загрязнения рук в процессе их снятия следует тампоном (салфеткой), смоченным раствором дезинфицирующего средства (или антисептика), убрать видимые загрязнения. Снять перчатки, погрузить их в раствор средства, затем утилизировать. Руки обработать антисептиком.

1.4. Обеззараживание кожных покровов пациентов

Обработку операционного поля пациента перед хирургическим вмешательством и другими манипуляциями, связанными с нарушением целостности кожных покровов (пункции, биопсии), предпочтительно проводить антисептиком, содержащим краситель.

Обработка инъекционного поля предусматривает обеззараживание кожи с помощью спиртосодержащего антисептика в месте инъекции (подкожной, внутримышечной, внутривенной) и взятия крови.

Для обработки локтевых сгибов доноров используют те же антисептики, что и для обработки операционного поля.

Для санитарной обработки кожных покровов пациентов (общей или частичной) используют антисептики, не содержащие спирты, обладающие дезинфицирующими и моющими свойствами. Санитарную обработку проводят накануне оперативного вмешательства или при уходе за пациентом.

1.5. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств и отказ от видов медицинских вмешательств дается гражданином либо одним из родителей или иным законным представителем (дает один из родителей или иной законный представитель) в отношении:

1) лица, не достигшего возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (несовершеннолетнего, больного наркоманией, не достигшего возраста шестнадцати лет, и иного несовершеннолетнего, не достигшего возраста пятнадцати лет), или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;

2) несовершеннолетнего, больного наркоманией, при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста).

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств оформляется после выбора медицинской организации и врача при первом обращении в медицинскую организацию за предоставлением первичной медико-санитарной помощи.

Перед оформлением информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств лечащим врачом либо иным медицинским работником гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица предоставляется в доступной для него форме полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах видов медицинских вмешательств, о последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

При отказе от видов медицинских вмешательств гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния).

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств действительно в течение всего срока оказания первичной медико-санитарной помощи в выбранной медицинской организации.

1.5.1. Форма 1. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.

1.5.2. Форма 2. Отказ от видов медицинских вмешательств

Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.



Рис. 1.1.1



Рис. 1.1.2



Ультрафиолетовый облучатель-рециркулятор **ДЕЗАР**

Бактерицидная
эффективность:
до **99.9%**

Производительность:
до **100 м³/час**



ДЕЗАР-2



ДЕЗАР-3, ДЕЗАР-5



ДЕЗАР-4, ДЕЗАР-7

Категория помещений	Бактерицидная эффективность*	МОДЕЛЬ	Типы помещений
I	99,9%	ДЕЗАР-5 настенная ДЕЗАР-7 передвижная	Операционные, предоперационные, родильные, стерильные зоны ЦСО, детские палаты роддомов, палаты для недоношенных и травмированных детей.
II	99,0%	ДЕЗАР-5 настенная ДЕЗАР-7 передвижная	Перевязочные, комнаты стерилизации и пастеризации грудного молока, палаты реанимационных отделений, помещения нестерильных зон ЦСО, бактериологические и вирусологические лаборатории, станции переливания крови.
III	95,0%	ДЕЗАР-2 настенная	Палаты, кабинеты и др. помещения ЛПУ.

* Норма бактерицидной эффективности в отношении S.aureus (санитарно-показательный микроорганизм)

ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЕ И ОЧИСТКА ВОЗДУХА ОТ ТОКСИЧНЫХ ПРИМЕСЕЙ В ПРИСУТСТВИИ ЛЮДЕЙ

Медицинские сёстры:

- Являются группой профессионального риска по заболеваемости внутрибольничными инфекциями, вызываемыми патогенными и условно-патогенными микроорганизмами.
- Заболевают острыми и хроническими инфекционными заболеваниями в 7 раз чаще, чем взрослое население.

Наиболее общий неблагоприятный фактор производственной среды медицинских работников – загрязнение воздуха рабочих помещений:

- вирусно-бактериальными агентами;
- аэрозолями лекарственных веществ, особенно антибактериальными препаратами.

Обеззараживание воздуха в функциональных помещениях ЛПУ - одно из важных направлений профилактики ВБИ, в том числе и среди медицинских работников.

Необходимый уровень бактерицидной эффективности обеззараживания воздуха с помощью рециркуляторов „ДЕЗАР“ обеспечивается в отношении характерных представителей микрофлоры, таких как:

- Staphilococcus aureus;
Staphilococcus albus;
- Staphilococcus epidermidis;
Streptococcus hemoliticus;
- Streptococcus viridans;
- Вирусов гриппа и парагриппа;
- Аденовирусов;
Микобактерий туберкулеза (МБТ).

Пример работы рециркулятора „ДЕЗАР“ в помещении II категории



Отсутствие вредных для человека факторов при работе рециркуляторов дает возможность их применения без ограничения времени функционирования в помещениях в присутствии больных.

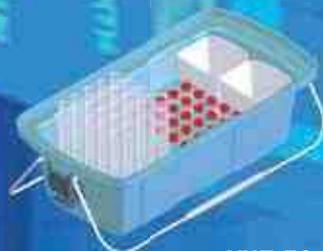
Интернет: www.kront.com



КОНТЕЙНЕРЫ ДЛЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ И СТЕРИЛИЗАЦИИ УКЛАДКИ ДЛЯ ТРАНСПОРТИРОВКИ ПРОБ БИОМАТЕРИАЛА

**КДС-“КРОНТ”
ЭРГОНОМИКА**

**АВТОКЛАВИРУЕМЫЕ
121°C ***



УКП-50



КДС-1



КДС-11



КДС-10



КДС-35

с боковым сливом



ТК-01

КДС-5

Модель	Габаритные размеры, мм	Применение
КДС-0.1	ø100x50	Стоматологические боры, мелкие хирургические инструменты, шовные иглы и т.п.
КДС-0.2	ø96x72	
КДС-1	280x155x105	Шприцы, термометры, шпатели, катетеры, одноразовые медицинские изделия, малые хирургические инструменты, гинекологический инструмент и т.п.
КДС-3	370x185x120	
КДС-5	400x285x165	
КДС-10	450x325x205	
КДС-11	770x280x170	Лапароскопический инструмент, сшивающие аппараты и т.п.
КДС-20	760x460x190	Габаритные хирургические инструменты, наркозо-дыхательная аппаратура, лабораторная посуда, большие объемы расходных материалов перед утилизацией.
КДС-30	840x470x225	
КДС-35	840x470x240	
ТК-01	640x400x1060	Тележка для размещения контейнеров КДС-3 – 2 шт. и КДС-5 – 2 шт.
укп-50	435x215x195	Доставка проб в пробирках, флаконах, ёмкостях для анализов внутри помещений и между отдельными корпусами ЛПУ или по назначению.
укп-100	410x350x215	



КДС-0,1



КДС-0,2



КДС-30
с нижним сливом
на ТБ-01

* Кроме следующих моделей: КДС-20, КДС-30, КДС-35 для которых максимальная температура составляет +65°C

Тел. / факс: +7 (495) 500 48 84 (многоканальный)

Интернет: www.kront.com

**Информированное добровольное согласие
на виды медицинских вмешательств, включенные в перечень определенных
видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное
добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения
первичной медико-санитарной помощи**

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

« ____ » _____ г. рождения,

зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в _____.

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись)

_____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

« ____ » _____ г.

(дата оформления)

**Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в перечень определенных
видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное
добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения
первичной медико-санитарной помощи**

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

« ____ » _____ г. рождения,

зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в _____

(полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — виды медицинских вмешательств):

_____ (наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

« ____ » _____ г.

(дата оформления)

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ

2.1. Идентификация пациента

1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры.
2. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру (*рис. 2.1.1*). В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

2.2. Подготовка расходных материалов (оснащение, лекарственное средство, шприцы, иглы, лотки, стерильный материал, кожный антисептик)

Подготовить все необходимое для процедуры, закрыть окна, обеспечить пациенту условия конфиденциальности (*рис. 2.2.1, 2.2.2*).

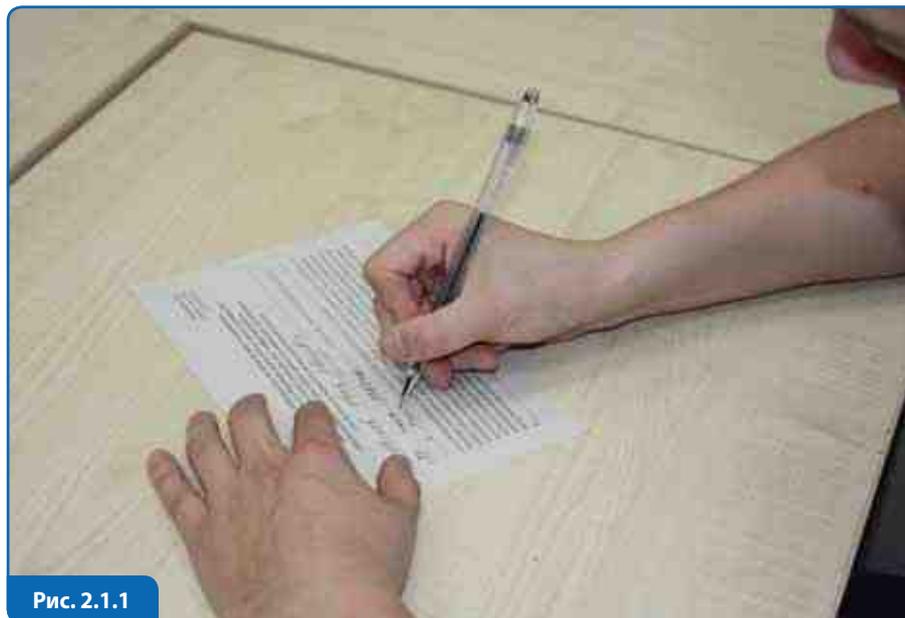


Рис. 2.1.1



Рис. 2.2.1



Рис. 2.2.2

2.3. Гигиеническая обработка рук

Обработать руки гигиеническим способом (*рис. 2.3.1– 2.3.6*).





2.4. Надевание стерильных перчаток

(рис. 2.4.1–2.4.7)

1. Обработать руки гигиеническим или хирургическим способом.
2. Взять перчатки в стерильной упаковке, развернуть, касаясь только внутренней поверхности перчаток.
3. Взять перчатку для правой руки за отворот так, чтобы пальцы не касались внутренней поверхности перчатки. Сомкнуть пальцы правой руки и ввести их в перчатку.
4. Надеть перчатку, не нарушая ее отворота, разомкнув пальцы правой руки.
5. Взять перчатку для левой руки вторым, третьим и четвертым пальцами правой руки (в перчатке) за отворот так, чтобы пальцы не касались внутренней поверхности перчатки.
6. Сомкнуть пальцы левой руки и ввести их в перчатку.
7. Расправить отвороты на левой, затем правой перчатке, натянув их на рукав.

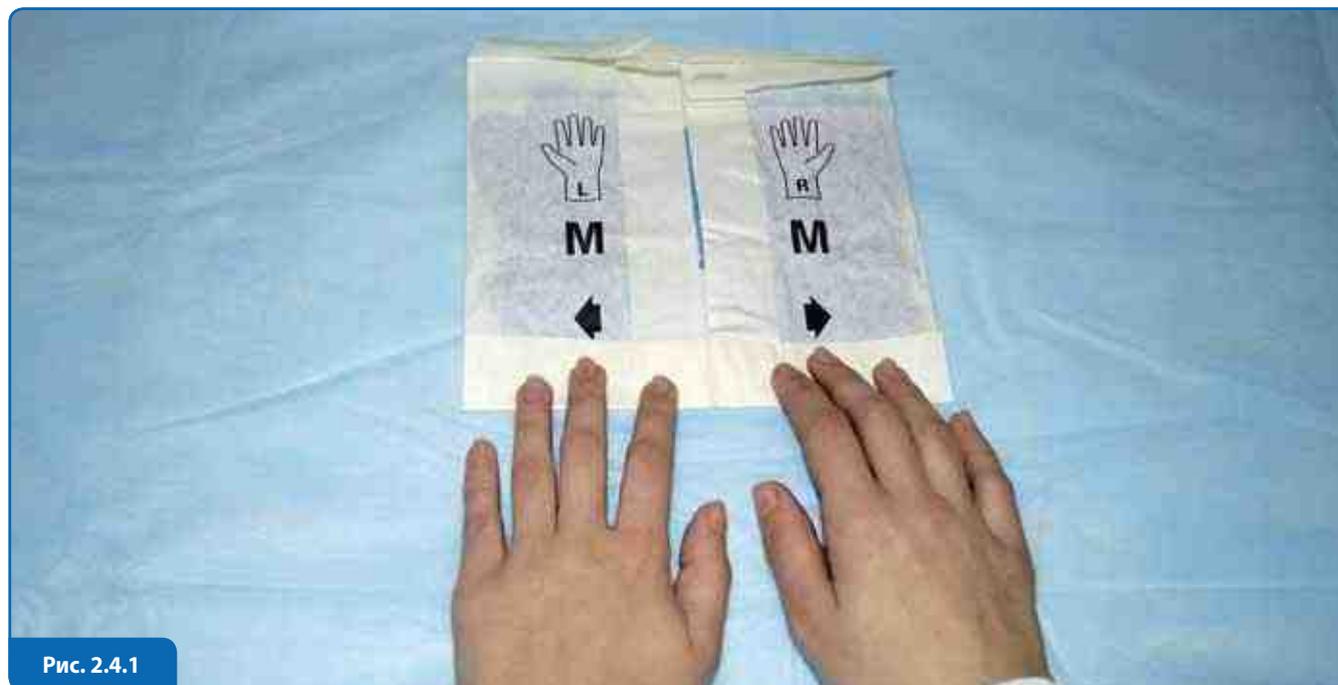


Рис. 2.4.1



Рис. 2.4.2



Рис. 2.4.3



Рис. 2.4.4



Рис. 2.4.5



2.5. Снятие перчаток

(рис. 2.5.1–2.5.4)

1. Пальцами правой руки в перчатке сделать отворот на левой перчатке, касаясь ее с наружной стороны.
2. Пальцами левой руки сделать отворот на правой перчатке, касаясь ее только с наружной стороны.
3. Снять перчатку с левой руки, выворачивая ее наизнанку и держа за отворот в правой руке.
4. Держать снятую с левой руки перчатку в правой руке.
- 5.левой рукой взять перчатку на правой руке за отворот с внутренней стороны и снять, выворачивая ее наизнанку (левая перчатка оказалась внутри правой).
6. Сбросить в емкость с дезинфицирующим раствором для последующей утилизации.
7. Обработать руки гигиеническим способом.



2.6. Оформление медицинской документации

Уточнить у пациента его самочувствие.

Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации (*рис. 2.6.1*).



Рис. 2.6.1

ТЕХНОЛОГИИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. Технологии выполнения простых медицинских услуг медицинской сестрой приемного покоя

3.1.1. Технология измерения артериального давления на периферических артериях (A02.12.002)

(рис. 3.1.1.1–3.1.1.6)

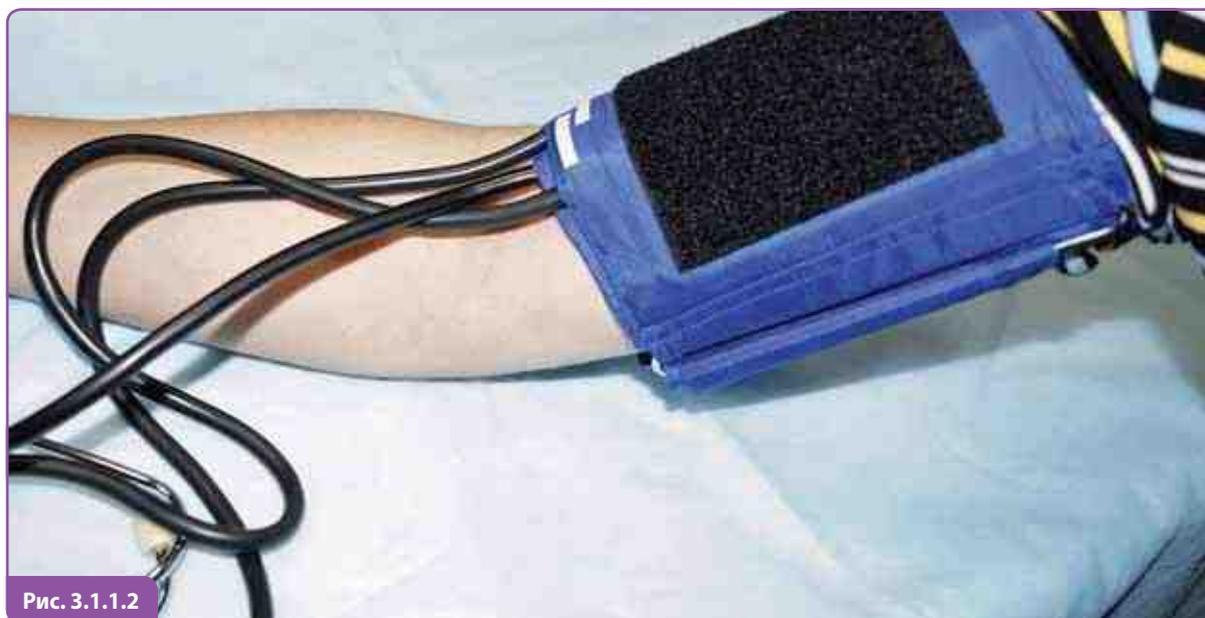
Подготовка к процедуре

1. Представиться. Сообщить пациенту информацию о предстоящей процедуре.
2. Получить согласие пациента.
3. Обработать руки гигиеническим способом.

Выполнение процедуры

1. Обнажить руку пациента, расположив ее ладонью вверх на уровне сердца.

2. Наложить манжету прибора для измерения артериального давления на плечо пациента. Между манжетой и поверхностью плеча должно помещаться два пальца (для детей и взрослых с маленьким объемом руки — один палец), а ее нижний край должен располагаться на 2,5 см выше локтевой ямки.
3. Наложить два пальца левой руки на предплечье в месте прощупывания пульса.
4. Другой рукой закрыть вентиль груши прибора для измерения артериального давления. Постепенно произвести нагнетание воздуха грушей прибора для измерения артериального давления до исчезновения пульса. Этот уровень давления, зафиксированный на шкале прибора для измерения артериального давления, соответствует систолическому давлению.
5. Мембрану стетофонендоскопа поместить у нижнего края манжеты над проекцией плечевой артерии в области локтевой впадины, слегка прижав к коже, но не прилагая для этого усилий.



6. Повторно накачать манжету прибора для измерения артериального давления до уровня, превышающего полученный результат при пальцевом измерении по пульсу на 30 мм рт. ст.
7. Сохраняя положение стетофонендоскопа, начать спускать воздух из манжеты со скоростью 2–3 мм рт. ст./с. При давлении более 200 мм рт. ст. допускается увеличение этого показателя до 4–5 мм рт. ст.
8. Запомнить по шкале на приборе для измерения артериального давления появление первого тона Короткова — это систолическое давление, значение которого должно совпадать с оценочным давлением, полученным пальпаторным путем по пульсу.
9. Отметить по шкале на приборе для измерения артериального давления прекращение громкого последнего тона Короткова — это диастолическое давление.
10. Для контроля полного исчезновения тонов продолжать аускультацию до снижения давления в манжете на 15–20 мм рт. ст. относительно последнего тона.
11. Снять манжету прибора для измерения артериального давления с руки пациента.

Окончание процедуры

1. Сообщить пациенту результат измерения артериального давления.
2. Обработать мембрану прибора для измерения артериального давления антисептическим или дезинфицирующим средством. Обработать руки гигиеническим способом. Записать результаты в соответствующую медицинскую документацию.
3. Об изменении артериального давления у пациента сообщить врачу.



Рис. 3.1.1.3



Рис. 3.1.1.4



Рис. 3.1.1.5



Рис. 3.1.1.6

3.1.2. Технология выполнения термометрии общей (A02.30.001)

3.1.2.1. Технология измерения температуры тела в подмышечной впадине

(рис. 3.1.2.1–3.1.2.8)

Подготовка к процедуре

1. Приготовить сухой чистый термометр: проверить его целостность, при необходимости протереть насухо чистой салфеткой.
2. Представиться пациенту, объяснить ход предстоящей процедуры.
3. Обработать руки гигиеническим способом.
4. Резко стряхнуть ртутный термометр сверху вниз так, чтобы ртуть опустилась по столбику вниз в резервуар.
5. Помочь пациенту принять удобное положение.



Рис. 3.1.2.1



Рис. 3.1.2.2



Рис. 3.1.2.3

Выполнение процедуры

1. Осмотреть подмышечную впадину, при необходимости вытереть насухо салфеткой или попросить пациента сделать это.
2. Расположить термометр в подмышечной области так, чтобы ртутный резервуар со всех сторон плотно соприкасался с телом пациента (прижать плечо к грудной клетке).
3. Оставить термометр в подмышечной впадине не менее чем на 5 мин.



Рис. 3.1.2.4

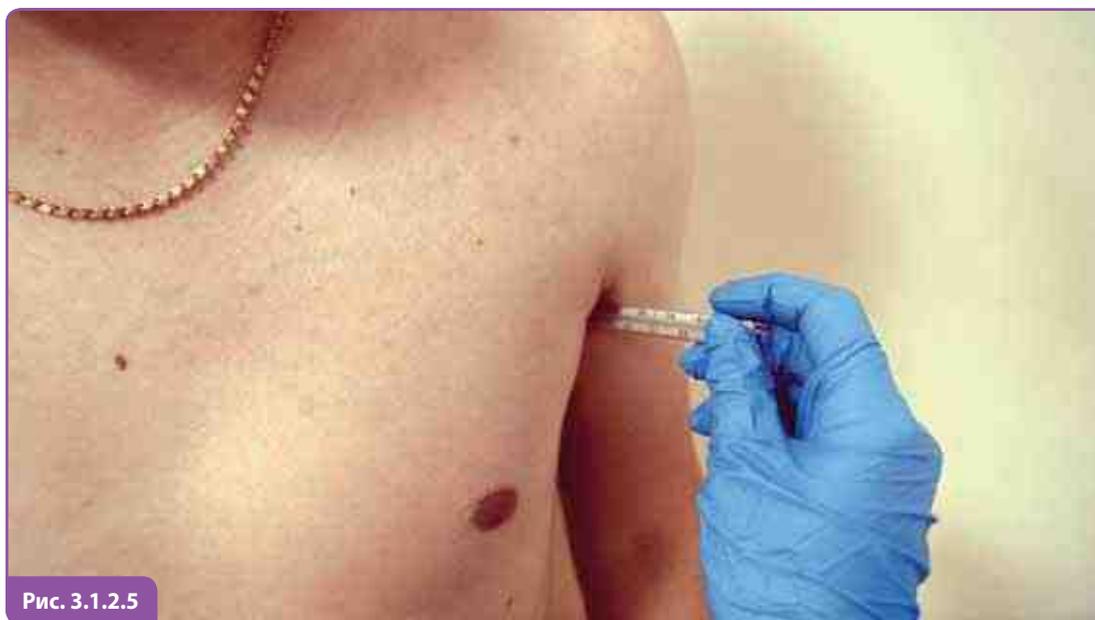


Рис. 3.1.2.5

Окончание процедуры

1. Извлечь термометр из подмышечной впадины, произвести считывание показаний термометра, держа его на уровне глаз.
2. Сообщить пациенту результаты измерения
3. Встряхнуть термометр сверху вниз так, чтобы ртуть опустилась по столбику вниз в резервуар, поместить термометр в емкость для дезинфекции.
4. Обработать руки гигиеническим способом.
5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.



Рис. 3.1.2.6



Рис. 3.1.2.7



Рис. 3.1.2.8

3.1.2.1. Технология измерения температуры тела в подмышечной впадине

3.1.2.2. Технология измерения температуры в прямой кишке

Подготовка к процедуре

1. Приготовить сухой чистый термометр: проверить его целостность, при необходимости протереть насухо чистой салфеткой (*рис. 3.1.2.9*).
2. Представиться пациенту, объяснить ход предстоящей процедуры.
3. Обработать руки гигиеническим способом, надеть перчатки (*рис. 3.1.2.10*).
4. Встряхнуть ртутный термометр сверху вниз так, чтобы ртуть опустилась по столбику вниз в резервуар.
5. Наружную поверхность резервуара термометра смазать вазелином (*рис. 3.1.2.11*).
6. Попросить пациента лечь на бок, ноги согнуть в коленных и тазобедренных суставах, привести к животу.

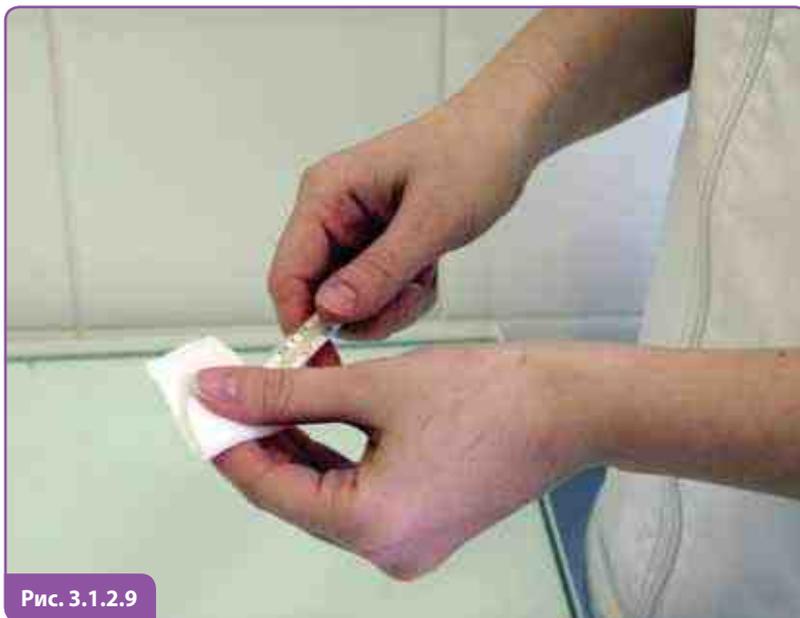


Рис. 3.1.2.9



Рис. 3.1.2.10



Рис. 3.1.2.11

3.1.2.2. Технология измерения температуры в прямой кишке

Выполнение процедуры

1. Раздвинуть первым и вторым пальцами левой руки ягодицы пациента, осмотреть область анального отверстия (*рис. 3.1.2.12*).
2. Ввести резервуар термометра в анальное отверстие на глубину 3–4 см. Если чувствуется сопротивление введению термометра или появляется болезненность, процедуру немедленно прекратить (*рис. 3.1.2.13*).
3. Оставить термометр в прямой кишке не менее чем на 5 мин.



Рис. 3.1.2.12

Рис. 3.1.2.13

Окончание процедуры

1. Термометр извлечь, протереть салфеткой, произвести считывание показаний (*рис. 3.1.2.14*).
2. Протереть салфеткой анальное отверстие, помочь пациенту принять удобное положение.
3. Сообщить пациенту результат измерения. Термометр поместить в емкость для дезинфекции (*рис. 3.1.2.15*).
4. Подвергнуть дезинфекции использованный материал. Если использованный материал не загрязнен биологическими выделениями, то он может быть просто утилизирован. Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции. Обработать руки гигиеническим способом.
5. Сделать соответствующую запись о результатах измерения в медицинской документации.



Рис. 3.1.2.14



Рис. 3.1.2.15

3.1.3. Технология измерения массы тела взрослого пациента (A02.01.001)

Подготовка к процедуре

1. Проверить исправность и точность медицинских весов в соответствии с инструкцией по их применению (*рис. 3.1.3.1*).
2. Установить равновесие весов, закрыть затвор (для механических конструкций).
3. Постелить салфетку однократного применения на площадку весов (*рис. 3.1.3.2*).
4. Представиться пациенту, объяснить цель и последовательность выполнения предстоящей процедуры.
5. Обработать руки гигиеническим способом.



Рис. 3.1.3.1



Рис. 3.1.3.2

Выполнение процедуры

1. Предложить пациенту раздеться до нательного белья, разуться и осторожно встать (без обуви) на середину площадки весов (*рис. 3.1.3.3*).
2. Придерживать пациента за руку в момент вставания на измерительную панель весов и следить за его равновесием в процессе проведения измерения.
3. Открыть затвор весов (для механических конструкций), провести определение массы тела пациента (в соответствии с инструкцией по применению), закрыть затвор весов (*рис. 3.1.3.4*).

Окончание процедуры

1. Сообщить пациенту результат исследования массы тела.
2. Помочь пациенту сойти с площадки весов, придерживая его за руку (при необходимости).
3. Убрать салфетку с площадки весов и поместить ее в емкость для отходов.
4. Обработать руки гигиеническим способом.
5. Записать результаты в соответствующую медицинскую документацию.



Рис. 3.1.3.3



Рис. 3.1.3.4

3.1.4. Технология измерения роста (A02.03.005)

Подготовка к процедуре

1. Подготовить ростомер к работе в соответствии с инструкцией (*рис. 3.1.4.1*).
2. Представиться пациенту, объяснить ход предстоящей процедуры, получить его согласие.
3. Обработать руки гигиеническим способом.
4. Положить салфетку на площадку ростомера (под ноги пациента, *рис. 3.1.4.2*).
5. Попросить пациента снять обувь и головной убор.
6. Поднять планку ростомера выше предполагаемого роста пациента.



Рис. 3.1.4.1



Рис. 3.1.4.2

Выполнение процедуры

1. Попросить пациента встать на середину площадки ростомера так, чтобы он касался вертикальной планки ростомера пятками, ягодицами, межлопаточной областью и затылком (*рис. 3.1.4.3*).
2. Установить голову пациента так, чтобы кончик носа и мочка уха находились на одной горизонтальной линии (*рис. 3.1.4.4*).
3. Опустить планку ростомера на голову пациента (*рис. 3.1.4.5*).
4. Попросить пациента сойти с площадки ростомера (при необходимости — помочь сойти).
5. Определить на шкале рост пациента по нижнему краю планки (*рис. 3.1.4.6*).

Окончание процедуры

1. Сообщить пациенту о результатах измерения.
2. Снять салфетку с площадки ростомера и поместить ее в емкость для отходов.
3. Обработать руки гигиеническим способом.
4. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения процедуры в медицинской документации.



Рис. 3.1.4.3

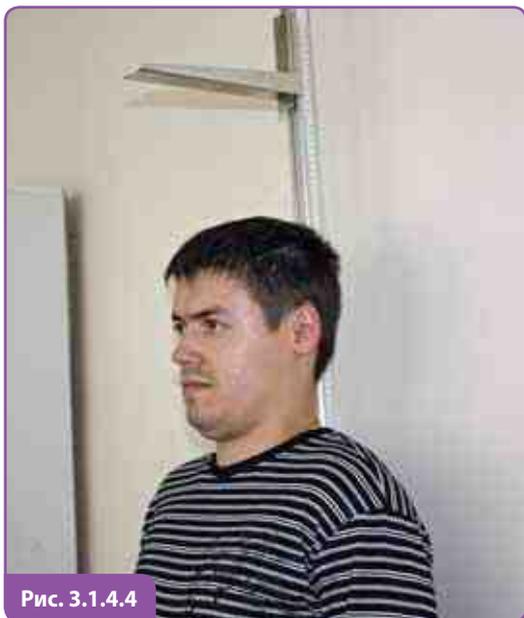


Рис. 3.1.4.4



Рис. 3.1.4.5



Рис. 3.1.4.6

3.1.5. Регистрация электрокардиограммы (A05.10.006)

(рис. 3.1.5.1–3.1.5.19)

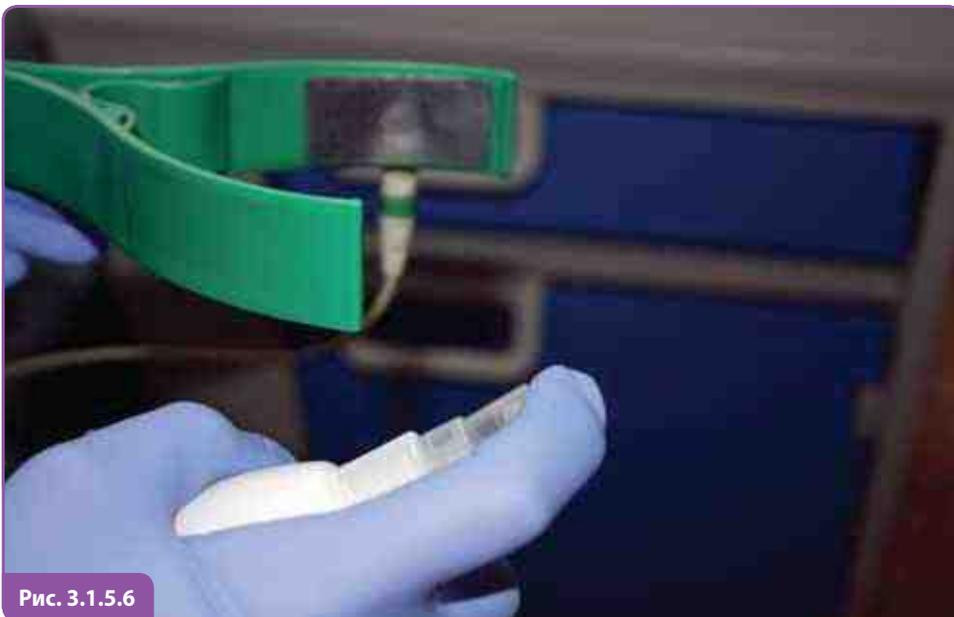
Подготовка к процедуре

1. Сообщить пациенту информацию о предстоящей процедуре. Получить согласие пациента.
2. Пригласить пациента в кабинет ЭКГ.
3. Попросить пациента освободить от одежды конечности и область грудной клетки.
4. Предложить пациенту лечь на спину и расслабиться.
5. Обработать руки гигиеническим способом.



Выполнение процедуры

1. Обработать места наложения электродов 70% этиловым спиртом и дать высохнуть.
2. Смазать гелем кожу пациента в местах прикрепления электродов.



3. Провести последовательное наложение электродов:

- правая рука — красный,
- левая рука — желтый,
- левая нога — зеленый,
- правая нога — черный (нулевой, «земля»).



Рис. 3.1.5.8



Рис. 3.1.5.9



Рис. 3.1.5.10



Рис. 3.1.5.11

Произвести наложение электродов на грудную клетку:

- I — 4-й межреберный промежуток справа от грудины,
- II — 4-й межреберный промежуток слева от грудины,
- III — середина расстояния между 1-м и 2-м электродами,
- IV — 5-й межреберный промежуток по среднелючичной линии,
- V — 5-й межреберный промежуток по передней подмышечной линии,
- VI — 5-й межреберный промежуток по средней подмышечной линии.

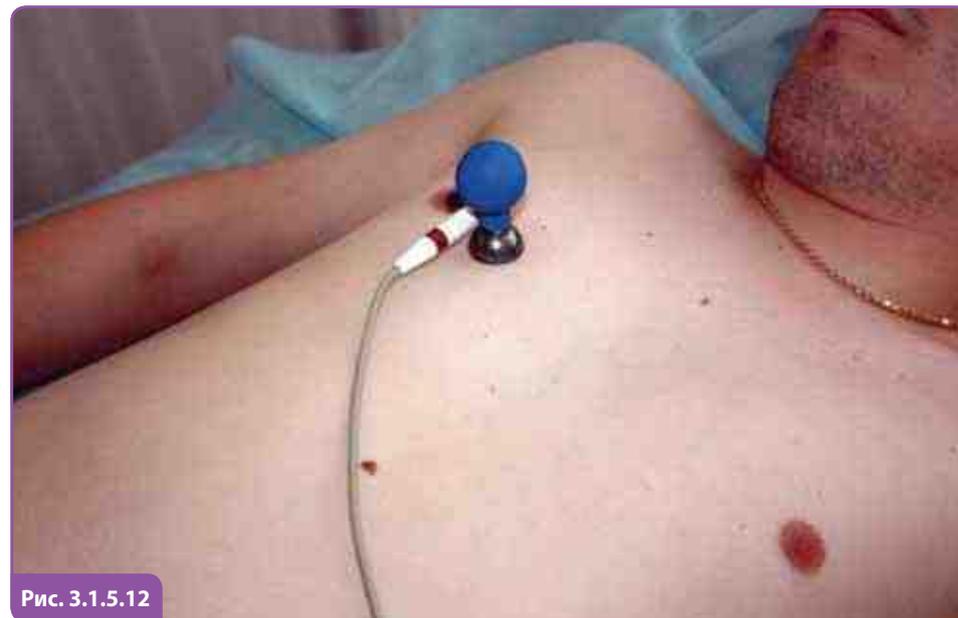


Рис. 3.1.5.12

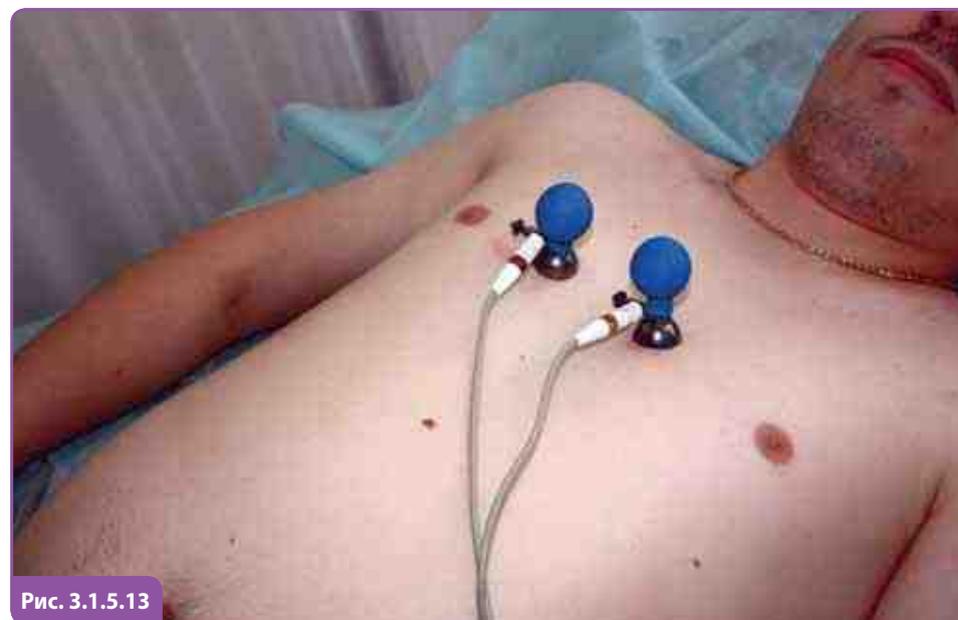


Рис. 3.1.5.13

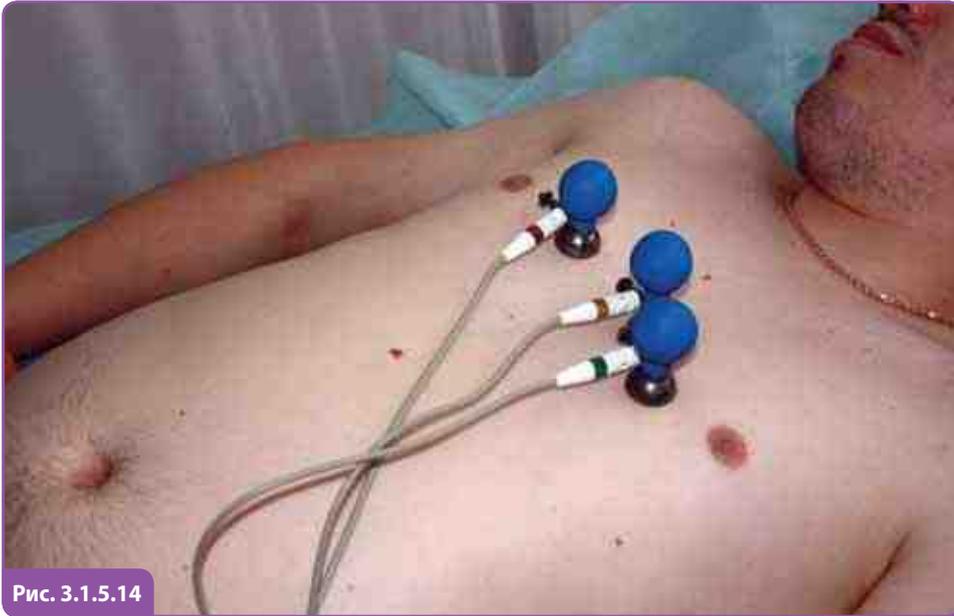


Рис. 3.1.5.14

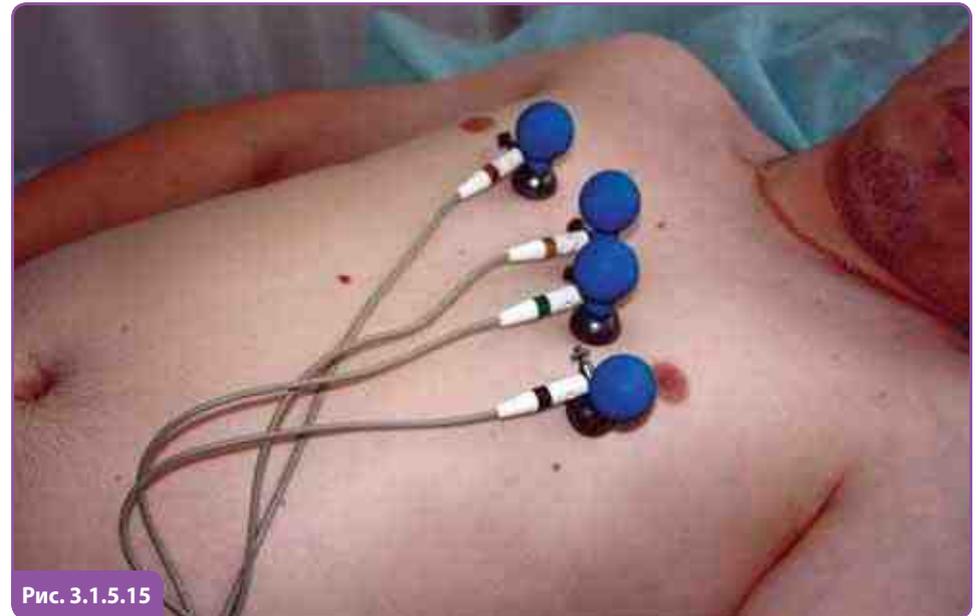


Рис. 3.1.5.15



Рис. 3.1.5.16

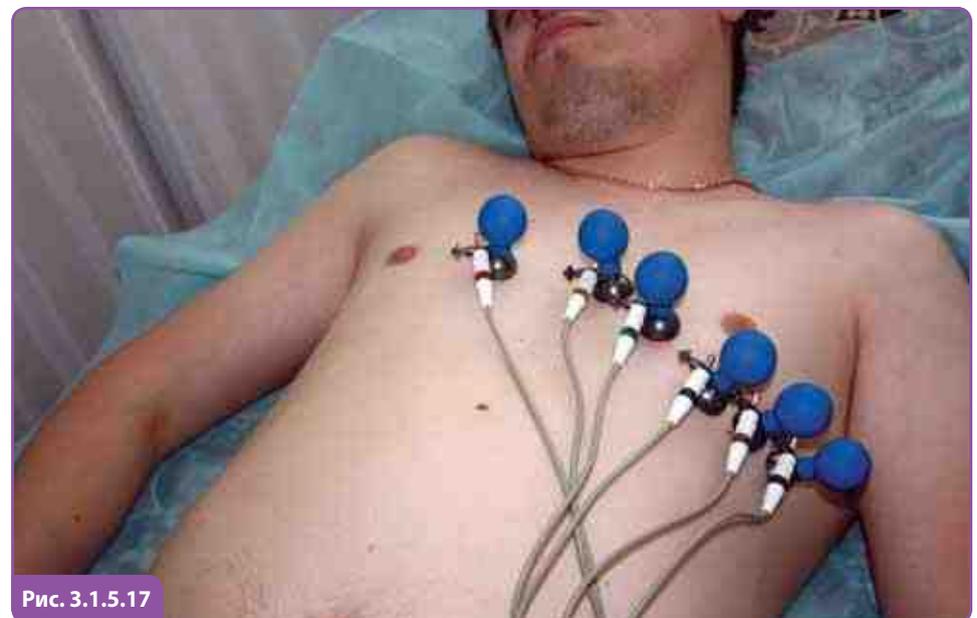


Рис. 3.1.5.17

4. Включить электропитание аппарата.
5. Включить лентопротяжный механизм. Записать калибровочный сигнал (милливольт).
6. Произвести запись на ленте ФИО пациента, даты и времени исследования.
7. Произвести запись электрокардиограммы.

Окончание процедуры

1. Выключить аппарат. Снять электроды с пациента.
2. Просушить кожу пациента. Помочь пациенту встать, одеться, поинтересоваться его самочувствием.
3. Предложить пациенту вернуться в палату.
4. Обработать руки гигиеническим способом.
5. Произвести запись о проведенном исследовании в истории болезни.
6. Передать ЭКГ-запись врачу кабинета для расшифровки.



Рис. 3.1.5.18

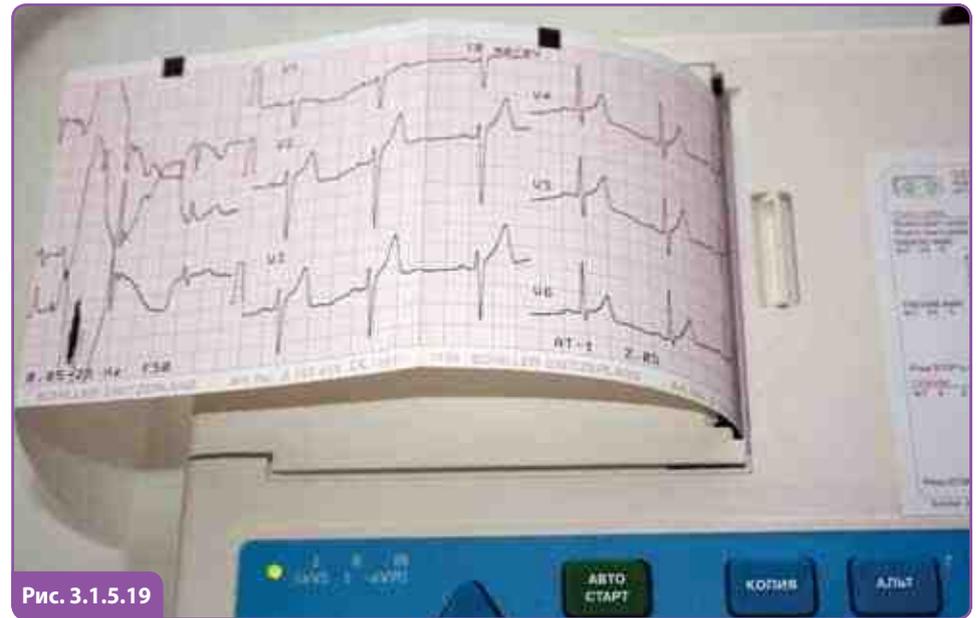


Рис. 3.1.5.19

3.2. Технологии выполнения простых медицинских услуг медицинской сестрой процедурной (прививочной)

3.2.1. Технология выполнения внутрикожного введения лекарственных препаратов (А11.01.003)

*Подготовка к процедуре
(рис. 3.2.1.1–3.2.1.10)*

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

Набор лекарственного препарата в шприц из ампулы

1. Прочитать на ампуле название лекарственного препарата, дозировку, убедиться визуально, что лекарственный препарат пригоден: нет осадка.
2. Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в ее широкой части.
3. Подпилить ампулу пилочкой. Обработать шейку ампулы антисептическим раствором. Вскрыть ампулу.
4. Набрать лекарственный препарат в шприц.
5. Выпустить воздух из шприца.

Набор лекарственного препарата из флакона, закрытого алюминиевой крышкой

1. Прочитать на флаконе название лекарственного препарата, дозировку, срок годности.
2. Отогнуть нестерильными ножницами или пинцетом часть крышки флакона, прикрывающую резиновую пробку. Протереть резиновую пробку ватным шариком или салфеткой, смоченной антисептическим раствором.
3. Ввести иглу под углом 90° во флакон, перевернуть его вверх дном, слегка оттягивая поршень, набрать в шприц нужное количество лекарственного препарата.
4. Извлечь иглу из флакона, заменить ее на новую стерильную иглу, проверить ее проходимость.
5. Положить собранный шприц и стерильные шарики в стерильный лоток.
6. Выбрать, осмотреть и пальпировать область предполагаемой инъекции для выявления противопоказаний для избежания возможных осложнений.



Рис. 3.2.1.1



Рис. 3.2.1.2



Рис. 3.2.1.3



Рис. 3.2.1.4



Рис. 3.2.1.5



Рис. 3.2.1.6



Рис. 3.2.1.7

3.2.1. Технология выполнения внутрикожного введения лекарственных препаратов



*Выполнение процедуры
(рис. 3.2.1.11– 3.2.1.17)*

1. Обработать место инъекции не менее чем двумя салфетками или шариками, смоченными антисептическим раствором. Дождаться его высыхания.
2. Обхватив предплечье пациента снизу, растянуть кожу пациента на внутренней поверхности средней трети предплечья.
3. Взять шприц другой рукой, придерживая канюлю иглы указательным пальцем, ввести в кожу пациента в месте предполагаемой инъекции, только конец иглы почти параллельно коже, держа иглу срезом вверх под углом 10–15°.
4. Нажимая указательным пальцем на поршень, ввести лекарственный препарат до появления папулы, свидетельствующей о правильном введении препарата.
5. Извлечь иглу. К месту введения препарата прижать сухую стерильную салфетку.



Рис. 3.2.1.11



Рис. 3.2.1.12



Рис. 3.2.1.13



Рис. 3.2.1.14



Рис. 3.2.1.15



Рис. 3.2.1.16



Рис. 3.2.1.17

Окончание процедуры

1. Подвергнуть дезинфекции весь расходуемый материал. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б (*рис. 3.2.1.18*).
2. Обработать руки гигиеническим способом.
3. Уточнить у пациента его самочувствие.
4. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию.



Рис. 3.2.1.18

3.2.2. Технология выполнения подкожного введения лекарственных препаратов (А11.01.002)

Подготовка к процедуре

1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и его переносимость. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
2. Взять упаковку лекарственного препарата и проверить его пригодность (прочитать наименование, дозу, срок годности на упаковке, визуально осмотреть ампулу на предмет повреждений). Сверить назначения врача.
3. Предложить пациенту занять удобное положение (сидя или лежа) или помочь ему сделать это. Выбор положения зависит от состояния пациента, вводимого препарата.
4. Обработать руки гигиеническим способом.
5. Надеть нестерильные перчатки.

Набор лекарственного препарата в шприц из ампулы

1. Прочитать на ампуле название лекарственного препарата, дозировку, убедиться визуально, что лекарственный препарат пригоден: нет осадка.
2. Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в ее широкой части.
3. Подпилить ампулу пилочкой. Обработать шейку ампулы антисептическим раствором. Вскрыть ампулу.
4. Набрать лекарственный препарат в шприц.
5. Выпустить воздух из шприца.

Набор лекарственного препарата из флакона, закрытого алюминиевой крышкой

1. Прочитать на флаконе название лекарственного препарата, дозировку, срок годности.
2. Отогнуть нестерильными ножницами или пинцетом часть крышки флакона, прикрывающую резиновую пробку. Протереть резиновую пробку ватным шариком или салфеткой, смоченной антисептическим раствором.
3. Ввести иглу под углом 90° .
4. Извлечь иглу из флакона, заменить ее на новую стерильную иглу, проверить ее проходимость.
5. Положить собранный шприц и стерильные шарики в стерильный лоток.
6. Выбрать, осмотреть и пропальпировать область предполагаемой инъекции для выявления противопоказаний и для того, чтобы избежать возможных осложнений.

Выполнение процедуры

1. Положить собранный шприц и стерильные шарики в стерильный лоток (*рис. 3.2.2.1*).
2. Обработать место инъекции не менее чем двумя салфетками или шариками, смоченными антисептическим раствором (*рис. 3.2.2.2*).



Рис. 3.2.2.1

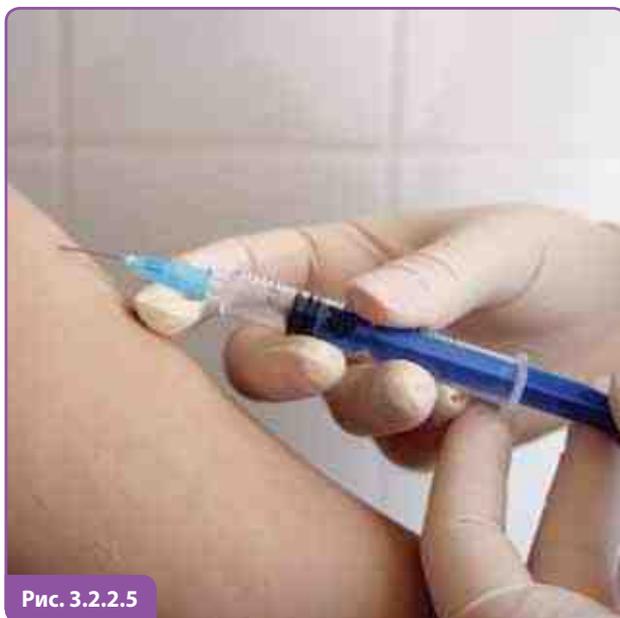
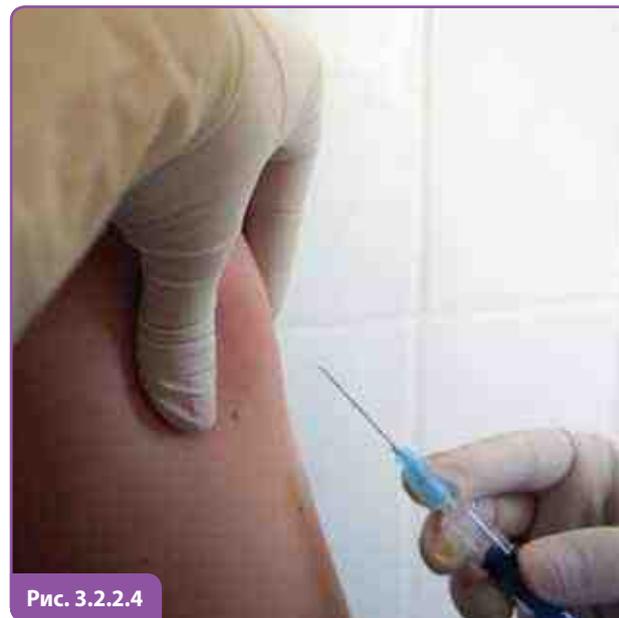
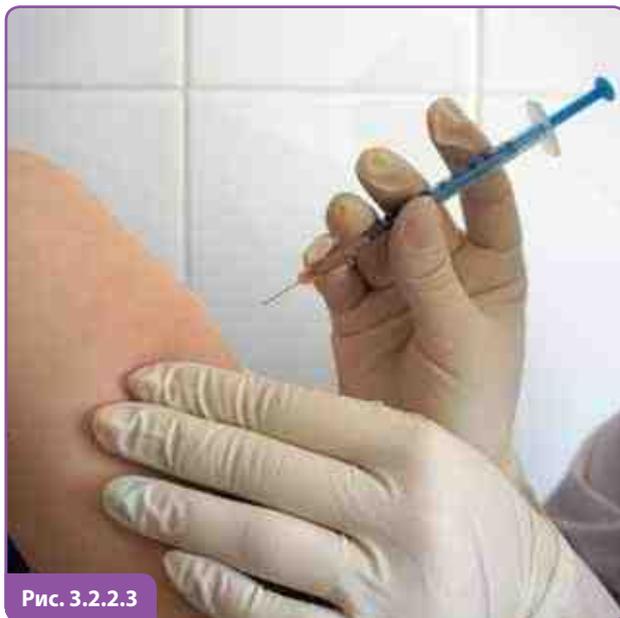


Рис. 3.2.2.2

3. Собрать кожу пациента в месте инъекции одной рукой в складку треугольной формы основанием вниз (*рис. 3.2.2.3*).
4. Взять шприц другой рукой, придерживая канюлю иглы указательным пальцем (*рис. 3.2.2.4*).
5. Ввести иглу со шприцем быстрым движением под углом 45° на $2/3$ ее длины (*рис. 3.2.2.5*).
6. Медленно ввести лекарственный препарат в подкожную жировую клетчатку.
7. Извлечь иглу, прижать к месту инъекции шарик с кожным антисептическим раствором; не отрывая руки с шариком, слегка помассировать место введения лекарственного препарата (*рис. 3.2.2.6*).

Окончание процедуры

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



3.2.3. Технология выполнения внутримышечного введения лекарственных препаратов (А11.02.002)

Подготовка к процедуре

1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата, спросить о переносимости препарата. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
2. Взять упаковку лекарственного препарата и проверить его пригодность (прочитать наименование, дозу, срок годности на упаковке, визуально осмотреть ампулу на предмет повреждений). Сверить назначения врача.
3. Предложить пациенту занять удобное положение (сидя или лежа) или помочь ему занять такое положение. Выбор положения зависит от состояния пациента, вводимого препарата.
4. Обработать руки гигиеническим способом.
5. Надеть нестерильные перчатки.

Набор лекарственного препарата в шприц из ампулы

1. Прочитать на ампуле название лекарственного препарата, дозировку, убедиться визуально, что лекарственный препарат пригоден: нет осадка.
2. Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в ее широкой части.
3. Подпилить ампулу пилочкой. Обработать шейку ампулы антисептическим раствором. Вскрыть ампулу.
4. Набрать лекарственный препарат в шприц.
5. Выпустить воздух из шприца.

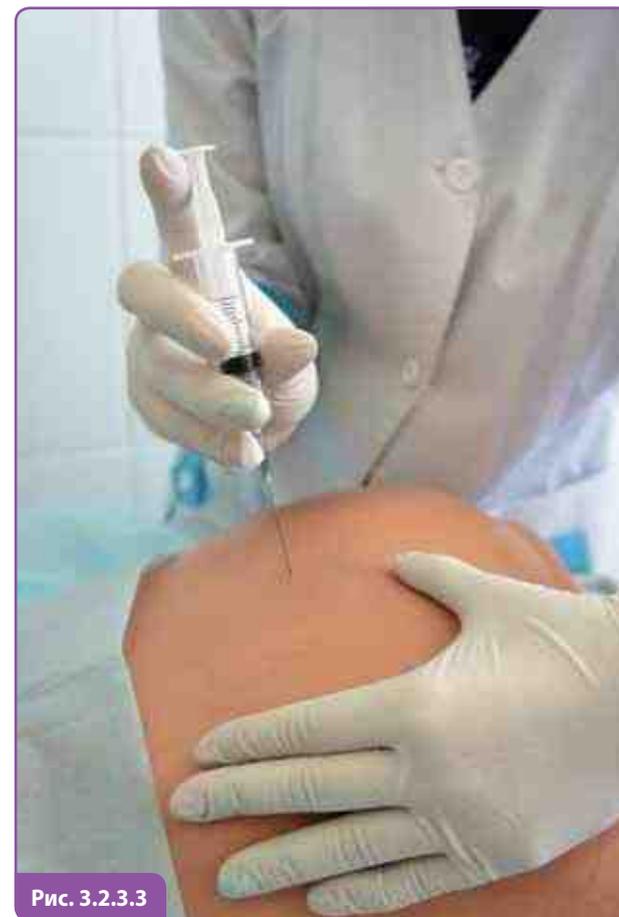
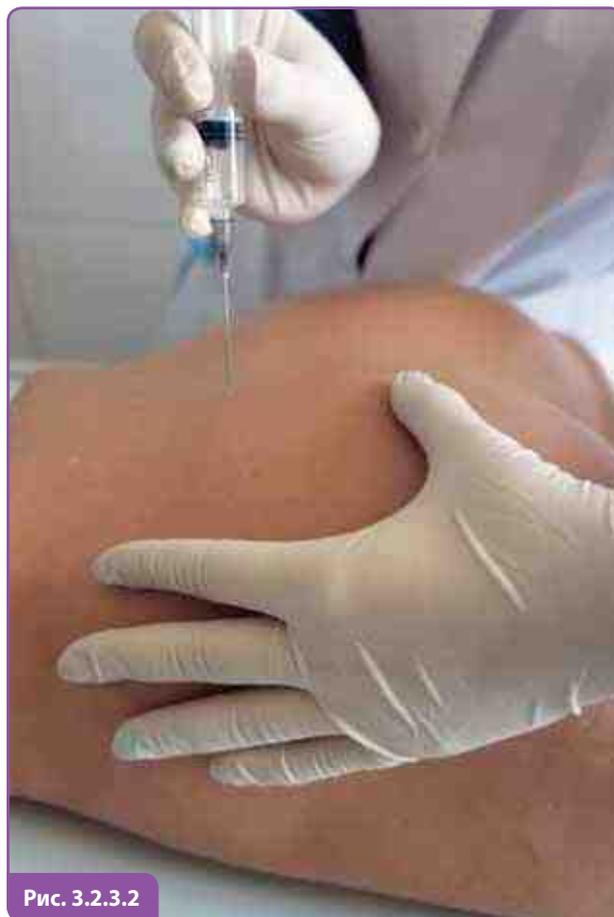
Набор лекарственного препарата из флакона, закрытого алюминиевой крышкой

1. Прочитать на флаконе название лекарственного препарата, дозировку, срок годности.
2. Отогнуть нестерильными ножницами или пинцетом часть крышки флакона, прикрывающую резиновую пробку. Протереть резиновую пробку ватным шариком или салфеткой, смоченной антисептическим раствором.

3. Ввести иглу под углом 90° .
4. Извлечь иглу из флакона, заменить ее на новую стерильную иглу, проверить ее проходимость.
5. Положить собранный шприц и стерильные шарики в стерильный лоток.
6. Выбрать, осмотреть и пальпировать область предполагаемой инъекции для выявления противопоказаний, чтобы избежать возможных осложнений.

Выполнение процедуры

1. Обработать место инъекции не менее чем двумя салфетками или шариками, смоченными антисептическим раствором (*рис. 3.2.3.1*).
2. Туго натянуть кожу пациента в месте инъекции большим и указательным пальцами одной руки (у ребенка и старого человека захватите мышцу), что увеличит массу мышцы и облегчит введение иглы (*рис. 3.2.3.2*).
3. Взять шприц другой рукой, придерживая канюлю иглы указательным пальцем (*рис. 3.2.3.3*).



4. Ввести иглу быстрым движением под углом 90° на $2/3$ ее длины (рис. 3.2.3.4).
5. Потянуть поршень на себя, чтобы убедиться, что игла не находится в сосуде (рис. 3.2.3.5).
6. Медленно ввести лекарственный препарат в мышцу (рис. 3.2.3.6).
7. Извлечь иглу, прижать к месту инъекции шарик с антисептическим раствором; не отрывая руки с шариком, слегка помассировать место введения лекарственного препарата (рис. 3.2.3.7).

Окончание процедуры

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



Рис. 3.2.3.4

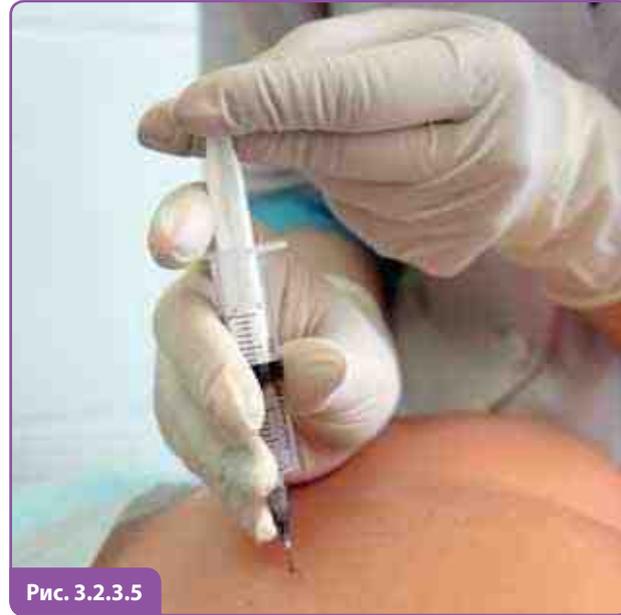


Рис. 3.2.3.5



Рис. 3.2.3.6

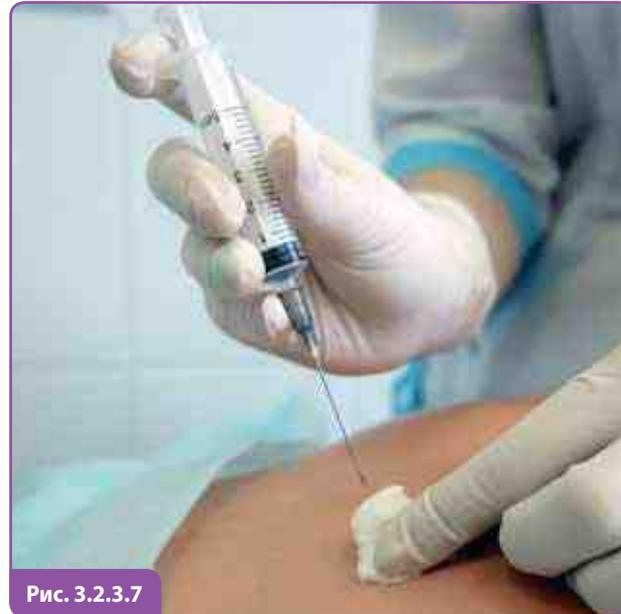


Рис. 3.2.3.7

3.2.4. Технология выполнения внутривенного введения лекарственных препаратов (А11.12.003)

Подготовка к процедуре

1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата, спросить о переносимости препарата. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
2. Взять упаковку лекарственного препарата и проверить его пригодность (прочитать наименование, дозу, срок годности на упаковке, визуально осмотреть ампулу на предмет повреждений). Сверить назначения врача.
3. Предложить пациенту занять удобное положение (сидя или лежа) или помочь ему. Выбор положения зависит от состояния пациента, вводимого препарата.
4. Обработать руки гигиеническим способом.
5. Надеть нестерильные перчатки.

Набор лекарственного препарата в шприц из ампулы

1. Прочитать на ампуле название лекарственного препарата, дозировку, убедиться визуально, что лекарственный препарат пригоден: нет осадка.
2. Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в ее широкой части.
3. Подпилить ампулу пилочкой. Обработать шейку ампулы антисептическим раствором. Вскрыть ампулу.
4. Набрать лекарственный препарат в шприц.
5. Выпустить воздух из шприца.

Набор лекарственного препарата из флакона, закрытого алюминиевой крышкой

1. Прочитать на флаконе название лекарственного препарата, дозировку, срок годности.
2. Отогнуть нестерильными ножницами или пинцетом часть крышки флакона, прикрывающую резиновую пробку. Протереть резиновую пробку ватным шариком или салфеткой, смоченной антисептическим раствором.

3. Ввести иглу под углом 90° .
4. Извлечь иглу из флакона, заменить ее на новую стерильную иглу, проверить ее проходимость.
5. Положить собранный шприц и стерильные шарики в стерильный лоток.
6. Выбрать, осмотреть и пропальпировать область предполагаемой инъекции для выявления противопоказаний для избегания возможных осложнений.

Выполнение процедуры

1. Обработать область венепункции не менее чем двумя салфетками или ватными шариками с антисептическим раствором движениями в одном направлении, одновременно определяя наиболее наполненную вену (*рис. 3.2.4.1*).
2. Взять шприц, фиксируя указательным пальцем канюлю иглы. Остальные пальцы охватывают цилиндр шприца сверху (*рис. 3.2.4.2*).
3. Другой рукой натянуть кожу в области венепункции, фиксируя вену. Держа иглу срезом вверх параллельно коже, проколоть ее, затем ввести иглу в вену (не более чем на 1/2 иглы). При попадании иглы в вену, ощущается «попадание в пустоту» (*рис. 3.2.4.3*).
4. Убедиться, что игла в вене: держа шприц одной рукой, другой потянуть поршень на себя, при этом в шприц должна поступить кровь (темная, венозная) (*рис. 3.2.4.4*).



Рис. 3.2.4.1



Рис. 3.2.4.2



Рис. 3.2.4.3



Рис. 3.2.4.4

5. Развязать или ослабить жгут и попросить пациента разжать кулак. Для контроля нахождения иглы в вене еще раз потянуть поршень на себя, т.к. в момент ослабления жгута игла может выйти из вены (*рис. 3.2.4.5*).
6. Нажать на поршень, не меняя положения шприца, и медленно (в соответствии с рекомендациями врача) ввести лекарственный препарат, оставив в шприце незначительное количество раствора (*рис. 3.2.4.6*).
7. Прижать к месту инъекции салфетку или ватный шарик с антисептическим раствором (*рис. 3.2.4.7*).

Окончание процедуры

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



Рис. 3.2.4.5



Рис. 3.2.4.6

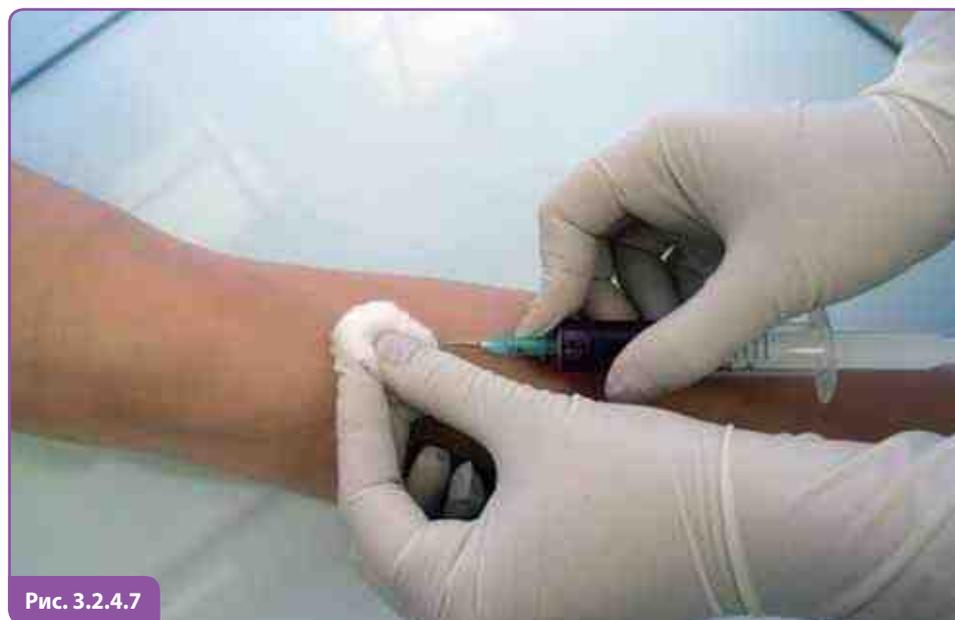


Рис. 3.2.4.7

3.2.5. Технология внутривенного непрерывного внутривенного введения лекарственных препаратов (А11.12.003.001) (капельно с помощью системы для вливания инфузионных растворов)

Подготовка к процедуре

1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата, спросить о переносимости препарата. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
2. Взять упаковку лекарственного препарата и проверить его пригодность (прочитать наименование, дозу, срок годности на упаковке, визуально осмотреть ампулу на предмет повреждений). Сверить назначения врача.
3. Предложить пациенту занять удобное положение (сидя или лежа) или помочь ему. Выбор положения зависит от состояния пациента, вводимого препарата.
4. Обработать руки гигиеническим способом.
5. Надеть нестерильные перчатки.

Выполнение процедуры

1. Нестерильными ножницами или пинцетом вскрыть центральную часть металлической крышки флакона, обработать резиновую пробку флакона ватным шариком или салфеткой, смоченной антисептическим раствором (*рис. 3.2.5.1–3.2.5.4*).



Рис. 3.2.5.1

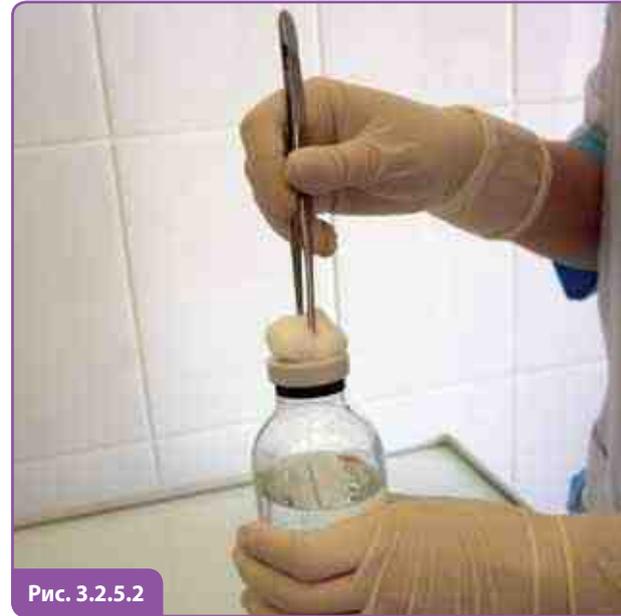


Рис. 3.2.5.2



Рис. 3.2.5.3



Рис. 3.2.5.4

2. Вскрыть упаковочный пакет и извлечь устройство (все действия производятся на рабочем столе, *рис. 3.2.5.5*).
3. Снять колпачок с иглы воздуховода, ввести иглу до упора в пробку флакона (*рис. 3.2.5.6*). В некоторых системах отверстие воздуховода находится непосредственно над капельницей. В этом случае нужно только открыть заглушку, закрывающую это отверстие.
4. Перевернуть флакон и закрепить его на штативе (*рис. 3.2.5.7*).
5. Открыть винтовой зажим и медленно заполнить длинную трубку системы до полного вытеснения воздуха и появления капель из иглы для инъекций. Капли лекарственного препарата лучше сливать в раковину под струю воды во избежание загрязнения окружающей среды (*рис. 3.2.5.8, 3.2.5.9*).



Рис. 3.2.5.5



Рис. 3.2.5.6



Рис. 3.2.5.7



Рис. 3.2.5.8

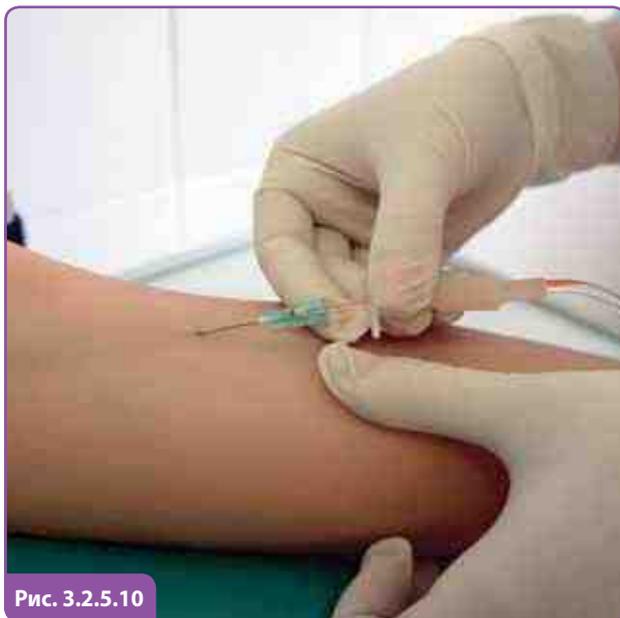


Рис. 3.2.5.9

6. Другой рукой натянуть кожу в области венепункции, фиксируя вену. Пунктировать вену иглой с подсоединенной к ней системой, держа иглу срезом вверх параллельно коже, проколоть ее, затем ввести иглу в вену (не более чем на 1/2 иглы) *(рис. 3.2.5.10)*.
7. При появлении в канюле иглы крови попросить пациента разжать кисть, одновременно развязать или ослабить жгут *(рис. 3.2.5.11)*.
8. Открыть винтовой зажим капельной системы, отрегулировать винтовым зажимом скорость капель *(согласно назначению врача) (рис. 3.2.5.12)*.
9. Закрепить иглу и систему лейкопластырем, прикрыть иглу стерильной салфеткой, закрепить ее лейкопластырем *(рис. 3.2.5.13)*.

Окончание процедуры

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



3.2.6. Технология катетеризации кубитальной и других периферических вен (A11.12.002)

(рис. 3.2.6.1–3.2.6.14)

Подготовка к процедуре

1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата, спросить о его переносимости препарата. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
2. Обработать руки гигиеническим способом.
3. Собрать стандартный набор для катетеризации вены, в который входят стерильный лоток, стерильные ватные шарики и салфетки, специальная фиксирующая пластырная повязка, периферические внутривенные катетеры нескольких размеров, переходник или соединительная трубка либо обтуратор, жгут, стерильные перчатки, ножницы.
4. Подобрать наименьший катетер, учитывая размер вены, необходимую скорость введения, график проведения внутривенной терапии, вязкость инфузата.
5. Проверить целостность упаковки и сроки хранения оборудования.
6. Обеспечить хорошее освещение, помочь пациенту принять удобное положение.
7. Выбрать место предполагаемой катетеризации вены.

Выполнение процедуры

1. Наложить жгут на 10–15 см выше выбранной зоны предполагаемой катетеризации.
2. Обработать руки антисептиком и надеть перчатки.
3. Обработать место катетеризации кожным антисептиком, дать ему высохнуть. **НЕ КАСАТЬСЯ ОБРАБОТАННОЙ ЗОНЫ!**
4. Зафиксировать вену, прижав ее пальцем ниже предполагаемого места введения катетера.
5. Взять катетер выбранного диаметра и снять защитный чехол. Если на чехле расположена дополнительная заглушка, чехол не выбрасывать, а держать его между пальцами свободной руки.
6. Ввести катетер на игле под углом 15° к коже, наблюдая за появлением крови в индикаторной камере.
7. При появлении крови в индикаторной камере уменьшить угол наклона иглы стилета и на несколько миллиметров ввести иглу в вену.
8. Зафиксировать иглу-стилет, а канюлю медленно до конца сдвинуть с иглы в вену (игла-стилет полностью из катетера пока не удаляется).

Окончание процедуры

1. Снять жгут. Не допускать введения иглы-стилета в катетер после смещения его в вену!
2. Пережать вену для снижения кровотечения и окончательно удалить иглу из катетера, утилизировать иглу с учетом правил безопасности.
3. Снять заглушку с защитного чехла и закрыть катетер или присоединить инфузионную систему.
4. Зафиксировать катетер с помощью фиксирующей повязки.
5. Утилизировать отходы в соответствии с правилами техники безопасности и санитарно-эпидемиологического режима.
6. Снять перчатки. Утилизировать их. Обработать руки антисептиком.
7. Зарегистрировать процедуру катетеризации вены согласно требованиям лечебного учреждения.

Технология внутривенного введения лекарственных препаратов струйно или капельно через катетер, установленный в центральной вене

Подготовка к процедуре

1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата, спросить о переносимости препарата. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
2. Обработать руки гигиеническим способом.
3. Подготовить все необходимое для проведения процедуры.

Выполнение процедуры

1. Надеть стерильные перчатки.
2. Обложить место, где установлен центральный катетер, стерильными салфетками.
3. Снять пробку (заглушку) с катетера и положить ее на стерильную салфетку, наружный вход катетера обработать стерильной салфеткой или марлевым шариком, смоченным антисептическим раствором.
4. Подключить шприц (без иглы), потянуть поршень на себя до появления крови в шприце; или подключить систему для переливания инфузионных растворов.
5. При струйном введении нажать на поршень и медленно (в соответствии с рекомендациями врача) ввести лекарственный препарат, оставив в шприце несколько миллилитров лекарственного препарата.
6. Закрыть катетер стерильной специальной повязкой.

Окончание процедуры

1. Утилизировать отходы в соответствии с правилами техники безопасности и санитарно-эпидемиологического режима.
2. Снять перчатки. Утилизировать их. Обработать руки антисептиком.
3. Сделать отметку о процедуре согласно требованиям лечебного учреждения.

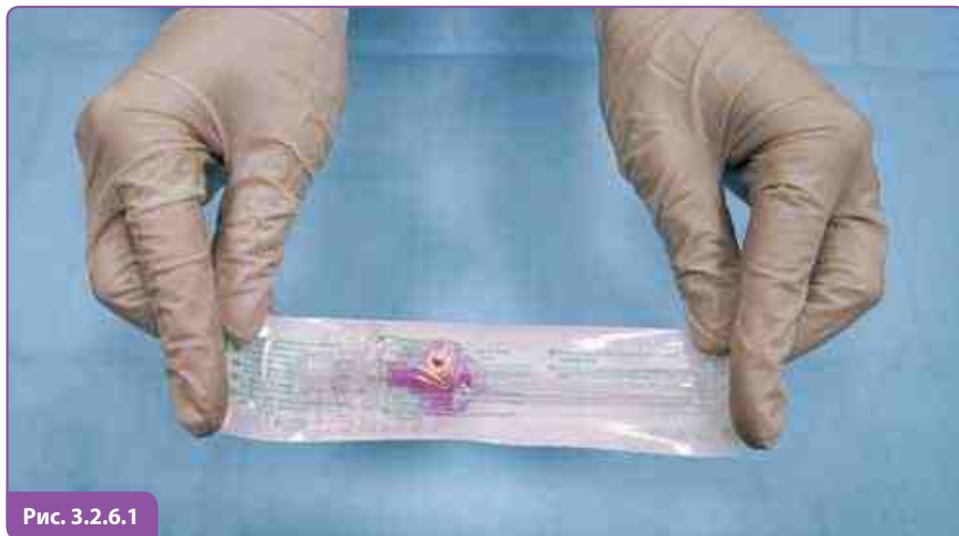




Рис. 3.2.6.5



Рис. 3.2.6.6



Рис. 3.2.6.7



Рис. 3.2.6.8

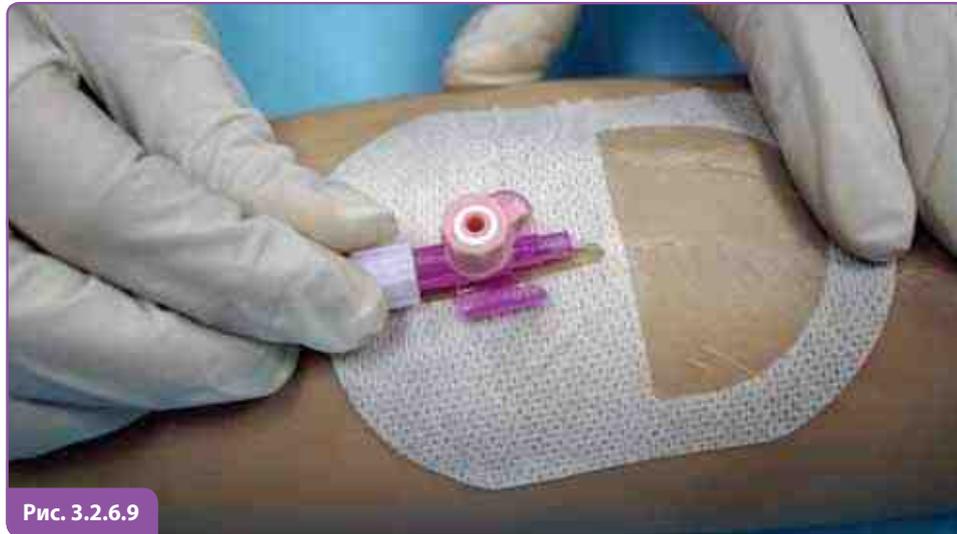




Рис. 3.2.6.13



Рис. 3.2.6.14

3.2.7. Технология взятия крови из периферической вены (A11.12.009)

Подготовка к процедуре

1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры.
2. Подготовить все необходимое для проведения процедуры.
3. Обработать руки гигиеническим способом. Надеть перчатки.

Выполнение процедуры

1. Взять иглу и снять защитный колпачок с нее (*рис. 3.2.7.1*).
2. Если используется двусторонняя игла, снять защитный колпачок серого или белого цвета (*рис. 3.2.7.2*).
3. Вставить иглу в иглодержатель и завинтить до упора (*рис. 3.2.7.3*).
4. Обхватить левой рукой предплечье пациента так, чтобы большой палец находился на 3–5 см ниже места венепункции, натянуть кожу (*рис. 3.2.7.4*).



Рис. 3.2.7.1

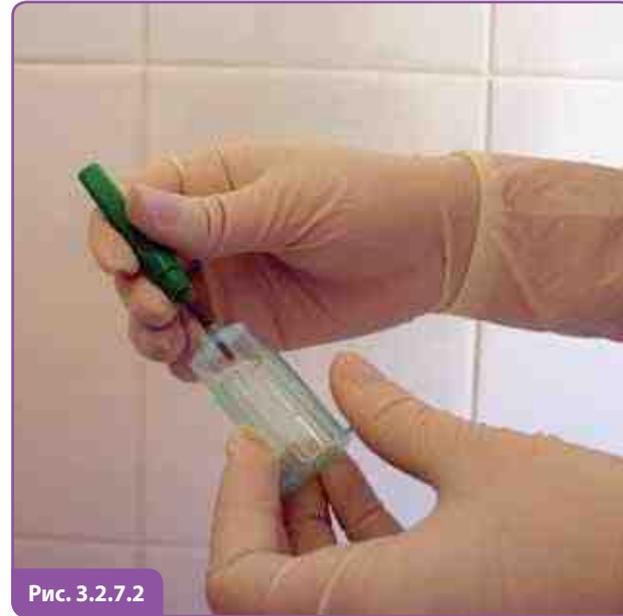


Рис. 3.2.7.2

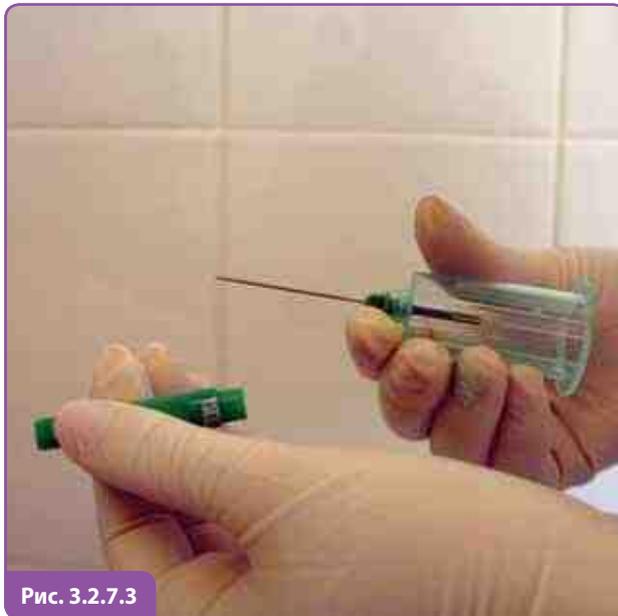


Рис. 3.2.7.3



Рис. 3.2.7.4

5. Расположить иглу по одной линии с веной скосом вверх и пунктировать вену под углом 15–30° к коже (*рис. 3.2.7.5*).
6. Вставить заранее приготовленную пробирку в иглодержатель до упора и удерживать ее, пока кровь не перестанет поступать в пробирку (*рис. 3.2.7.6*).
7. Жгут необходимо снять сразу же после начала поступления крови в пробирку (*рис. 3.2.7.7*).
8. Извлечь пробирку из держателя (*рис. 3.2.7.8*).
9. Сразу же после заполнения пробирку нужно аккуратно перевернуть для смешивания пробы с наполнителем: пробирку без антикоагулянтов — 5–6 раз; пробирку с цитратом — 3–4 раза, пробирку с гепарином, ЭДТА и другими добавками — 8–10 раз (*рис. 3.2.7.9*).
10. Удалить иглу. Прижать к месту инъекции салфетку или ватный шарик с антисептическим раствором, зафиксировать.

Окончание процедуры

1. Утилизировать отходы в соответствии с правилами техники безопасности и санитарно-эпидемиологического режима.
2. Снять перчатки. Утилизировать их. Обработать руки антисептиком.
3. Подписать пробирки. Сделать отметку о процедуре согласно требованиям лечебного учреждения.



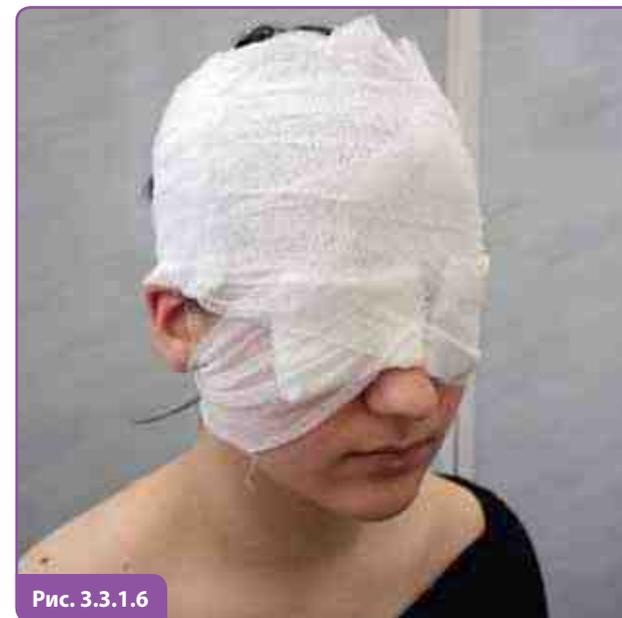
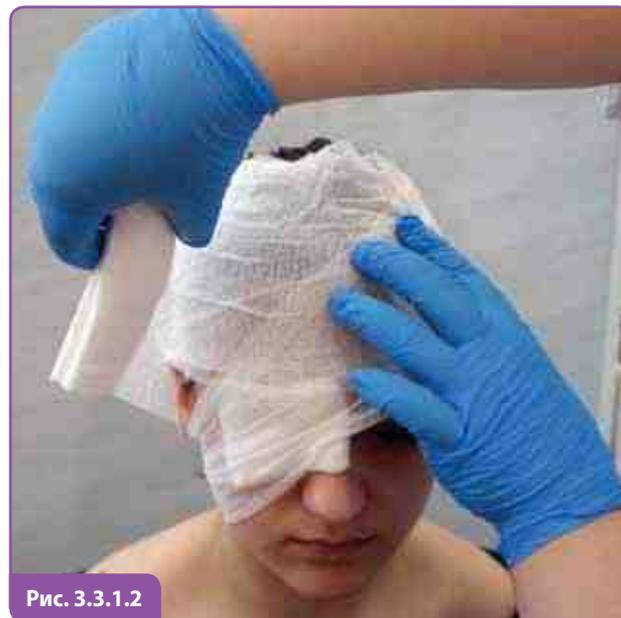
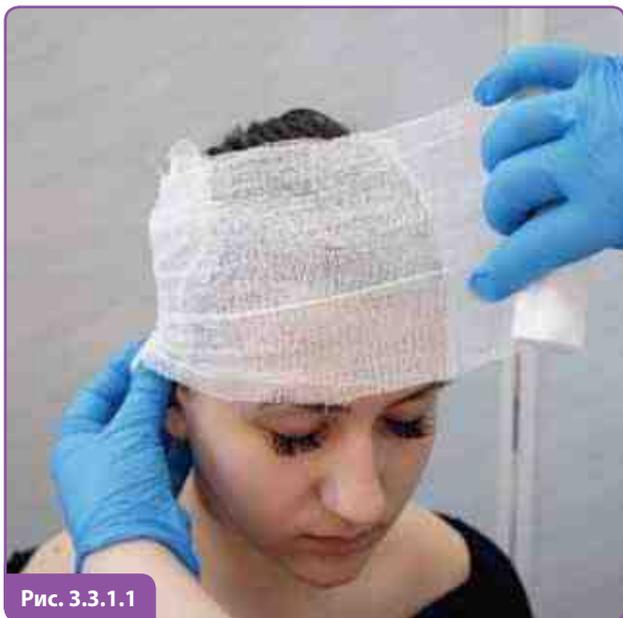
3.3. Технологии выполнения простых медицинских услуг медицинской сестрой (перевязочной)

3.3.1. Технология наложения повязки при нарушении целостности кожных покровов (A15.01.001)

3.3.1.1. Выполнение повязки «Бинокулярная»

(рис. 3.3.1.1–3.3.1.6)

1. Придать удобное положение пациенту на перевязочном столе.
2. Наложить циркулярный закрепляющий тур бинта вокруг головы.
3. Вывести бинт из-за мочки уха на лоб.
4. Сделать закрепляющий циркулярный тур бинта вокруг головы.
5. Провести бинт со лба под мочку уха на затылок.
6. Чередую туры, закрепить повязку вокруг головы.



3.3.1.1. Выполнение повязки «Биноккулярная»

3.3.1.2. Выполнение повязки «Варежка»

(рис. 3.3.1.7–3.3.1.17)

1. Уложить предплечье со стороны травмированной конечности на стол, кисть должна свободно свисать.
2. Взять начало бинта в левую руку, головку бинта — в правую.
3. Сделать два закрепляющих тура бинта вокруг лучезапястного сустава.
4. Опустить бинт с лучезапястного сустава по тылу кисти и, огибая пальцы, перейти на ладонную поверхность к лучезапястному суставу.
5. Сделать возвращающийся тур через ладонь, пальцы на тыл кисти и далее к лучезапястному суставу (одной рукой бинтовать, другой придерживать повязку со стороны ладони).
6. Вести бинт спиральными ходами от лучезапястного сустава к концам пальцев и от концов пальцев к основанию кисти.
7. Зафиксировать повязку двумя закрепляющими турами бинта вокруг лучезапястного сустава, разрезать конец бинта и завязать на узел.



3.3.1.2. Выполнение повязки «Варежка»



Рис. 3.3.1.11



Рис. 3.3.1.12



Рис. 3.3.1.13



Рис. 3.3.1.14

3.3.1. Технология наложения повязки при нарушении целостности кожных покровов



Рис. 3.3.1.15



Рис. 3.3.1.16



Рис. 3.3.1.17

3.3.1.2. Выполнение повязки «Варежка»

3.3.1.3. Выполнение повязки «Восьмиобразная на голеностопный сустав»

(рис. 3.3.1.18–3.3.1.21)

1. Уложить ногу на специальную подставку (или стул), стопа должна свисать.
2. Сделать два закрепляющих тура бинта вокруг нижней трети голени.
3. Вести бинт по тыльной поверхности голеностопного сустава, вокруг стопы, вернуться на тыльную поверхность стопы.
4. Сделать перекрест и далее на голень для закрепляющего тура.



Рис. 3.3.1.18



Рис. 3.3.1.19



Рис. 3.3.1.20



Рис. 3.3.1.21

3.3.1.3. Выполнение повязки «Восьмиобразная на голеностопный сустав»

3.3.1.4. Выполнение повязки «Дезо»

(рис. 3.3.1.22–3.3.1.46)

1. Придать удобное положение пациенту для наложения повязки.
2. Вложить в подмышечную впадину валик из ваты, обернутый марлей.
3. Согнуть предплечье в локтевом суставе под прямым углом. Прижать предплечье к груди.
4. Сделать два закрепляющих тура бинта по груди, больной руке в области плеча, спине и подмышечной впадине со стороны здоровой конечности.
5. Вести бинт через подмышечную впадину здоровой стороны по передней поверхности груди косо на надплечье больной стороны.
6. Опуститься вниз по задней поверхности больного плеча под локоть.
7. Обогнуть локтевой сустав и, поддерживая предплечье, направить бинт косо в подмышечную впадину здоровой стороны.
8. Вести бинт из подмышечной впадины по спине на больное надплечье.
9. Вести бинт с надплечья по передней поверхности больного плеча под локоть и обогнуть предплечье.
10. Направить бинт по спине в подмышечную впадину здоровой стороны.
11. Повторять туры бинта до полной фиксации плеча.
12. Закончить повязку двумя закрепляющими турами по груди, больной руке в области плеча, спине.



Рис. 3.3.1.22



Рис. 3.3.1.23



Рис. 3.3.1.24



Рис. 3.3.1.25



Рис. 3.3.1.26

3.3.1.4. Выполнение повязки «Дезо»



Рис. 3.3.1.27



Рис. 3.3.1.28



Рис. 3.3.1.29



Рис. 3.3.1.30



Рис. 3.3.1.31

3.3.1. Технология наложения повязки при нарушении целостности кожных покровов



Рис. 3.3.1.32



Рис. 3.3.1.33



Рис. 3.3.1.34



Рис. 3.3.1.35



Рис. 3.3.1.36



Рис. 3.3.1.37



Рис. 3.3.1.38



Рис. 3.3.1.39



Рис. 3.3.1.40



3.3.1.4. Выполнение повязки «Дезо»

3.3.1.5. Выполнение повязки «Колосовидная на плечевой сустав»

(рис. 3.3.1.47–3.3.1.54)

1. Установить с пациентом доверительные отношения и провести психологическую подготовку пациента. Объяснить ход и цель манипуляции. Получить согласие.
2. Снять все предметы с рук (кольца, часы).
3. Сменить халат, шапочку. Провести гигиеническую антисептику кожи рук, надеть фартук, перчатки.
4. Подготовить манипуляционный столик к работе. Проверить срок годности бинтов.
5. При необходимости и по назначению врача подготовить обезболивающее лекарственное вещество, еще раз сверить с листом назначения: название, концентрацию, дозировку; проверить срок годности препарата, прозрачность и целостность ампулы (флакона).
6. Выполнить инъекцию.
7. Придать удобное положение пациенту на перевязочном столе.
8. Взять начало бинта в левую руку, головку бинта — в правую.
9. Опустить конечность вдоль туловища.
10. Вложить в подмышечную впадину валик из ваты, обернутый марлей.
11. Приложить бинт к нижней трети плеча (правая рука бинтуется слева направо, левая справа налево).
12. Сделать два закрепляющих тура бинта вокруг нижней трети плеча.
13. Вести бинт с плеча на грудь в здоровую подмышечную впадину, сзади по спине и снова на плечо.
14. Обвести бинт вокруг плеча, закрывая каждый предыдущий тур на 2/3 ширины бинта.
15. Повторить ходы бинта с плеча к плечевому суставу, пока не закроется вся раневая поверхность.
16. Зафиксировать повязку.
17. Снять с себя перчатки, утилизировать в отходы класса В.
18. Провести гигиеническую обработку рук.

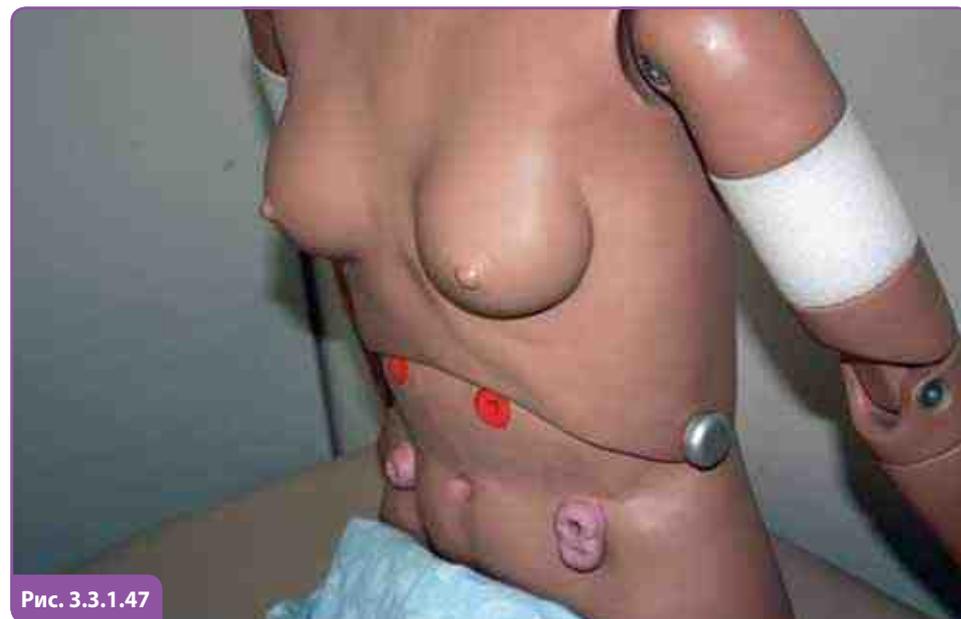


Рис. 3.3.1.47



Рис. 3.3.1.48

3.3.1. Технология наложения повязки при нарушении целостности кожных покровов



Рис. 3.3.1.49



Рис. 3.3.1.50



Рис. 3.3.1.51



Рис. 3.3.1.52



Рис. 3.3.1.53



Рис. 3.3.1.54

3.3.1.5. Выполнение повязки «Колосовидная на плечевой сустав»

3.3.1.6. Выполнение повязки «Колосовидная на I палец кисти»

(рис. 3.3.1.55–3.3.1.64)

1. Уложить предплечье со стороны травмированной конечности на стол, кисть свободно свисает.
2. Взять начало бинта в левую руку, головку бинта — в правую.
3. Наложить закрепляющий круговой тур бинта вокруг лучезапястного сустава.
4. Затем бинт направить через тыльную поверхность кисти и I пальца к ногтевой фаланге.
5. Обойти ее бинтом по ладонной поверхности и по тыльной снова выйти к лучезапястному суставу.
6. Туры бинта повторять несколько раз с перекрестом на тыльной поверхности, пока весь палец не будет закрыт.
7. Повязку закончить круговым бинтованием на предплечье.



Рис. 3.3.1.55

Рис. 3.3.1.56

Рис. 3.3.1.57

Рис. 3.3.1.58

3.3.1.6. Выполнение повязки «Колосовидная на I палец кисти»



Рис. 3.3.1.59



Рис. 3.3.1.60



Рис. 3.3.1.61



Рис. 3.3.1.62

3.3.1. Технология наложения повязки при нарушении целостности кожных покровов



3.3.1.7. Выполнение повязки «Крестообразная повязка на затылок»

(рис. 3.3.1.65–3.3.1.71)

1. Установить с пациентом доверительные отношения и провести психологическую подготовку пациента. Объяснить ход и цель манипуляции. Получить согласие.
2. Снять все предметы с рук (кольца, часы).
3. Сменить халат, шапочку. Провести гигиеническую антисептику кожи рук, надеть фартук, перчатки.
4. Подготовить манипуляционный столик к работе. Проверить срок годности бинтов.
5. При необходимости и по назначению врача подготовить обезболивающее лекарственное вещество, еще раз сверить с листом назначения: название, концентрацию, дозировку; проверить срок годности препарата прозрачность и целостность ампулы (флакона).
6. Выполнить инъекцию.
7. Придать удобное положение пациенту на перевязочном столе.
8. Взять начало бинта в левую руку, головку бинта — в правую.
9. Приложить бинт к лобной части головы, сделать два закрепляющих тура вокруг лобной и затылочной области головы (слева направо).
10. Опустить бинт на затылок, затем на шею под ухо, снова на затылок и вокруг головы — закрепляющий тур.
11. Сделать несколько восьмиобразных оборотов, перекрывая каждый предыдущий тур на 2/3 ширины.
12. Закончить повязку закрепляющим туром вокруг головы.
13. Зафиксировать повязку, разрезав конец бинта и завязав на узел на лобной части головы. Вести бинт в подмышечную впадину, сзади по спине и снова на плечо.
14. Снять с себя перчатки, утилизировать в отходы класса В.
15. Провести гигиеническую обработку рук.



Рис. 3.3.1.65



Рис. 3.3.1.66

3.3.1. Технология наложения повязки при нарушении целостности кожных покровов



Рис. 3.3.1.67



Рис. 3.3.1.68



Рис. 3.3.1.69



Рис. 3.3.1.70



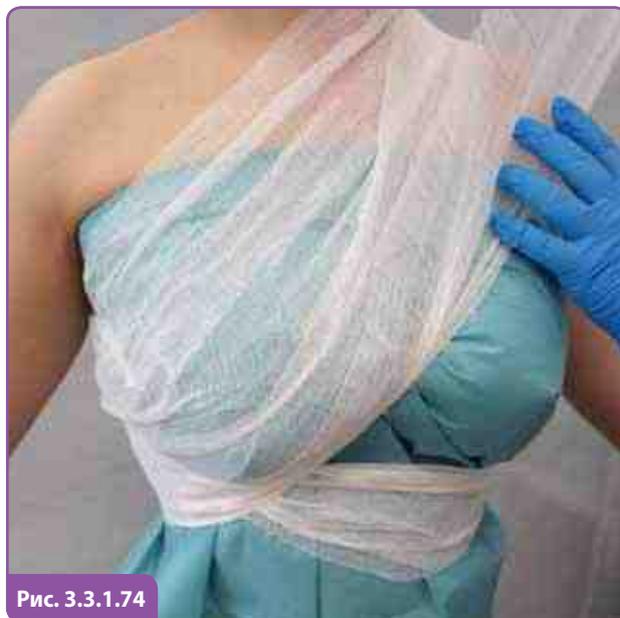
Рис. 3.3.1.71

3.3.1.7. Выполнение повязки «Крестообразная повязка на затылок»

3.3.1.8. Выполнение повязки «На молочную железу»

(рис. 3.3.1.72–3.3.1.75)

1. Сделать два закрепляющих тура бинта под молочными железами.
2. Вести бинт по спине в подмышечную впадину.
3. Обхватить снизу молочную железу и направить бинт косо вверх на противоположное надплечье.
4. Вести бинт сзади по спине в подмышечную впадину со стороны больной молочной железы.
5. Закончить бинтование двумя закрепляющими турами под молочными железами.



3.3.1.8. Выполнение повязки «На молочную железу»

3.3.1.9. Выполнение повязки «На культю»

(рис. 3.3.1.76–3.3.1.80)

1. Установить с пациентом доверительные отношения и провести психологическую подготовку пациента. Объяснить ход и цель манипуляции. Получить согласие.
2. Снять все предметы с рук (кольца, часы).
3. Сменить халат, шапочку. Провести гигиеническую антисептику рук, надеть фартук, перчатки.
4. Подготовить манипуляционный столик к работе. Проверить срок годности бинтов.
5. При необходимости и по назначению врача подготовить обезболивающее лекарственное вещество, еще раз сверить с листом назначения: название, концентрацию, дозировку; проверить срок годности препарата, прозрачность и целостность ампулы (флакона).
6. Выполнить инъекцию.
7. Придать удобное положение пациенту на перевязочном столе.
8. Сделать несколько круговых ходов в поперечном направлении выше конца культи.
9. Затем бинт перегнуть под прямым углом и вести в продольном направлении по культе, огибая конец культи, провести по задней поверхности, где снова перегнуть.
10. Закрепить перегиб круговым туром бинта.
11. Таким же образом туры бинта повторять до тех пор, пока вся культя не будет закрыта.
12. Снять перчатки, утилизировать в отходы класса В.
13. Провести гигиеническую обработку рук.



Рис. 3.3.1.76

Рис. 3.3.1.77



Рис. 3.3.1.78



Рис. 3.3.1.79



Рис. 3.3.1.80

3.3.1.9. Выполнение повязки «На культю»

3.3.1.10. Выполнение повязки «На тыл стопы»*(рис. 3.3.1.81–3.3.1.88)*

1. Уложить ногу на специальную подставку (или стул), стопа должна свисать.
2. Первый тур бинта наложить через пяточный бугор.
3. Второй тур бинта наложить выше первого.
4. Третий тур направить ниже первого.
5. Четвертый тур бинта провести через пятку перпендикулярно первым турам.
6. Зафиксировать повязку вокруг голеностопного сустава.



Рис. 3.3.1.81



Рис. 3.3.1.82



Рис. 3.3.1.83



Рис. 3.3.1.84



Рис. 3.3.1.85



Рис. 3.3.1.86



Рис. 3.3.1.87



Рис. 3.3.1.88

3.3.1.10. Выполнение повязки «На тыл стопы»

3.3.1.11. Выполнение повязки «Окклюзионная»

(рис. 3.3.1.89–3.3.1.93)

1. Установить с пациентом доверительные отношения и провести психологическую подготовку пациента. Объяснить ход и цель манипуляции. Получить согласие.
2. Придать полусидячее положение пострадавшему.
3. Провести гигиеническую антисептику рук, надеть перчатки.
4. Обработать кожу вокруг раны кожным антисептиком.
5. Наложить на рану стерильную салфетку.
6. Обработать кожу вокруг раны вазелином.
7. Наложить пленку (клеенку) так, чтобы ее края заходили за рану на 10 см.
8. Наложить ватно-марлевый тампон, на 10 см перекрывающий пленку.
9. Зафиксировать повязкой на грудную стенку или колосовидной повязкой.
10. Снять перчатки, утилизировать в отходы класса В.
11. Провести гигиеническую обработку рук.



Рис. 3.3.1.89



Рис. 3.3.1.90



Рис. 3.3.1.91



Рис. 3.3.1.92



Рис. 3.3.1.93

3.3.1.11. Выполнение повязки «Окклюзионная»

3.3.1.12. Выполнение повязки «Перчатка»

(рис. 3.3.1.94–3.3.1.101)

1. Уложить предплечье со стороны травмированной конечности на стол, кисть свободно свисает.
2. Бинтование начинают с V пальца.
3. Сделать круговые фиксирующие ходы бинта в нижней трети предплечья.
4. Бинт с лучевого края лучезапястного сустава косо направить через тыл запястья к IV межпальцевому промежутку и поднять в виде ползучей повязки к концу V пальца.
5. Наложить спиральную повязку по направлению к основанию пальца.
6. Бинт привести на тыл кисти и косо направить к локтевой стороне лучезапястного сустава.
7. Сделав полукруг на ладонной поверхности лучезапястного сустава, бинт с лучевой стороны через тыл запястья перевести к III межпальцевому промежутку и наложить спиральную повязку на IV палец.
8. Также бинтовать и все остальные пальцы.
9. Зафиксировать повязку двумя закрепляющими турами бинта вокруг лучезапястного сустава, разрезать конец бинта и завязать на узел.







Рис. 3.3.1.98



Рис. 3.3.1.99



Рис. 3.3.1.100



Рис. 3.3.1.101

3.3.1.12. Выполнение повязки «Перчатка»

3.3.1.13. Выполнение повязки «Пращевидная на нос»*(рис. 3.3.1.102–3.3.1.106)*

1. Придать удобное положение пациенту на перевязочном столе.
2. От бинта отрезать полосу длиной от 75 см до 1 м.
3. Концы полосы разрезать для получения четырех завязок и неразрезанной середины длиной около 15 см.

4. Рану на носу закрыть стерильной салфеткой.
5. Поверх салфетки поперек лица наложить среднюю часть пращи.
6. Завязки перекрестить в области скул, верхнюю опустить, провести под ушами и завязать узлом на шее, нижние завязки поднять вверх и завязать на затылке.



Рис. 3.3.1.102



Рис. 3.3.1.103

3.3.1. Технология наложения повязки при нарушении целостности кожных покровов



3.3.1.13. Выполнение повязки «Працевидная на нос»

3.3.1.14. Выполнение повязки «Пращевидная на подбородок»*(рис. 3.3.1.107–3.3.1.112)*

1. Придать удобное положение пациенту на перевязочном столе.
2. От бинта отрезать полосу длиной от 1,2 м до 1,5 м.
3. Концы полосы разрезать для получения четырех завязок и неразрезанной середины длиной около 15–20 см.
4. Рану на подбородке закрыть стерильной салфеткой.

5. Поверх салфетки поперек подбородка наложить среднюю часть пращи.
6. Нижние завязки поднять вертикально вверх впереди ушей и завязать на темени. Верхние завязки направить горизонтально вдоль нижней челюсти на затылок, сделать перекрест, вывести на лоб и завязать.



Рис. 3.3.1.107



Рис. 3.3.1.108



Рис. 3.3.1.109



Рис. 3.3.1.110



Рис. 3.3.1.111



Рис. 3.3.1.112

3.3.1.14. Выполнение повязки «Працевидная на подбородок»

3.3.1.15. Выполнение повязки «Черепашья расходящаяся» на локтевой и коленный сустав

(рис. 3.3.1.113–3.3.1.120)

1. Согнуть конечность в локтевом (коленном) суставе под углом 160° .
2. Взять начало бинта в левую руку, головку бинта — в правую. Бинтовать слева направо.
3. Наложить циркулярный закрепляющий тур бинта через локтевой сустав (надколенную чашечку).
4. Бинт провести через локтевой сгиб (подколенную ямку) на предплечье (голень).
5. Бинт обернуть вокруг предплечья (голень), через локтевой сгиб (подколенную ямку) вывести на плечо (бедро), прикрывая предыдущий тур на $1/2$.
6. Бинт обернуть вокруг плеча (бедро) и через локтевой сгиб (подколенную ямку) вывести на голень, прикрывая предыдущий тур на $1/2$.
7. Туры бинта попеременно уложить выше и ниже, перекрещивая в локтевом сгибе (подколенной ямке).
8. Зафиксировать повязку в нижней трети плеча (бедро).

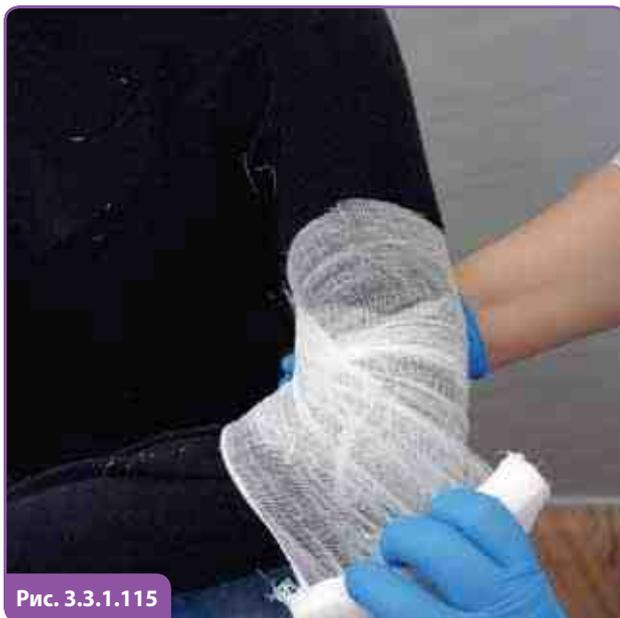


Рис. 3.3.1.113



Рис. 3.3.1.114

3.3.1. Технология наложения повязки при нарушении целостности кожных покровов



3.3.1.15. Выполнение повязки «Черепашья расходящаяся» на локтевой и коленный сустав

3.3.1.16. Выполнение повязки «Спиральная на грудную клетку»

(рис. 3.3.1.121–3.3.1.124)

1. Придать удобное положение пациенту на перевязочном столе.
2. Отрезать полосу бинта длиной 2 м.
3. Положить ее на предплечье так, чтобы один конец был спереди, а другой сзади.
4. Круговыми восходящими ходами бинта с перекрытием предыдущих туров на 1/2 ширины забинтовывать грудную клетку до подмышечной впадины.
5. Конец бинта прикрепить к повязке.
6. Свободные концы свисающей полосы завязать на противоположном надплечье.



Рис. 3.3.1.121



3.3.1.16. Выполнение повязки «Спиральная на грудную клетку»

3.3.1.17. Выполнение повязки «Черепашья сходящаяся» на локтевой и коленный сустав

(рис. 3.3.1.125–3.3.1.132)

1. Согнуть конечность в локтевом (коленном) суставе под углом 20°.
2. Взять начало бинта в левую руку, головку бинта — в правую. Бинтовать слева направо.
3. Приложить бинт к верхней трети предплечья (голени).
4. Сделать два закрепляющих тура бинта вокруг предплечья (голени).
5. Пересечь сгибательную поверхность локтевого сгиба (коленной чашечки) и перейти на нижнюю треть плеча (бедро).
6. Наложить ходы бинта на плечо (бедро) и предплечье (голень), перекрывая друг друга, постепенно сближаясь после восьмиобразных перекрестов над сгибательной поверхностью локтевого сустава (коленной чашечки).
7. Закрыть локтевой сустав (коленную чашечку), опустившись в область предплечья (голени), в место начала повязки.
8. Зафиксировать повязку, разрезать конец бинта и завязать концы на узел.



Рис. 3.3.1.125



Рис. 3.3.1.126



Рис. 3.3.1.127



Рис. 3.3.1.128



Рис. 3.3.1.129



Рис. 3.3.1.130



Рис. 3.3.1.131



Рис. 3.3.1.132

3.3.1.17. Выполнение повязки «Черепашья сходящаяся» на локтевой и коленный сустав

3.3.1.18. Выполнение повязки «Чепец»

(рис. 3.3.1.133–3.3.1.141)

1. Придать удобное положение пациенту на перевязочном столе.
2. Отрезать от бинта завязку длиной около метра.
3. Расположить ее серединой на темя, концы удерживает больной или помощник.
4. Сделать закрепляющий тур вокруг лба и затылка.
5. Продолжать бинтование и дойти до завязки.
6. Бинт обернуть вокруг завязки и вести по затылку до завязки с другой стороны.
7. Снова обернуть бинт вокруг завязки и вести дальше вокруг головы несколько выше закрепляющего тура.
8. Повторными ходами бинта полностью закрыть волосистую часть головы.
9. Бинт привязать к завязке, а ее завязать под подбородком.



3.3.1.18. Выполнение повязки «Чепец»





3.3.1.18. Выполнение повязки «Чепец»

3.3.2. Технология выполнения хирургической обработки раны или инфицированной ткани (А16.01.004)

Подготовка к процедуре

1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и его переносимость. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
2. Обработать руки гигиеническим способом.
3. Надеть нестерильные перчатки.
4. Подготовить все необходимое для перевязки.
5. Помочь пациенту раздеться и попросить принять удобное положение на перевязочном столе или на стуле.
6. Подложить клеенку под область перевязки.
7. Надеть очки, защитную одежду (фартук, маску).

Выполнение процедуры

1. Снять фиксирующую повязку (пластырь или клеоловую салфетку, бинт) с помощью ножниц Рихтера.
2. Снять поочередно все слои повязки в направлении от одного края раны к другому (тяга поперек раны увеличивает ее зияние и причиняет боль), кожу при снятии повязки следует придерживать марлевым шариком или пинцетом, не позволяя ей тянуться за повязкой. Присохшую повязку следует отслаивать шариком, смоченным в 3% растворе перекиси водорода (иногда присохшие повязки лучше удалять после отмачивания, если состояние раны позволяет применить ванну из теплого раствора перманганата калия 1:3000).
3. Поместить использованный материал в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.

4. Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.
5. Обработать антисептиком руки, не высушивать, дождаться полного высыхания антисептика.
6. Надеть стерильные перчатки, взять стерильный пинцет.
7. Осмотреть рану и окружающую ее область (запах, отделяемое, сближение краев раны, отечность, болезненность).
8. Обработать кожу вокруг раны стерильными марлевыми шариками, меняя их после каждого движения, и, перемещая тампон от наименее загрязненного участка к наиболее загрязненному и от центра кнаружи, вначале сухими, затем смоченными растворами антисептика (спирт этиловый 70%), края раны смазать 5% раствором йода или 1% раствором бриллиантового зеленого.
9. Удалить скопившийся экссудат, если есть, промокнув стерильными шариками или промыв 3% раствором перекиси водорода, после чего рану осушить сухими тампонами.
10. По назначению врача нанести на рану мазь или другое лекарственное средство стерильным шпателем.
11. Наложить новую стерильную повязку в три слоя пинцетом. Если рана дренирована, наложить салфетку типа «штанишки».
12. Зафиксировать повязку пластырем, липкой повязкой или бинтом в зависимости от места нахождения раны.

Окончание процедуры

1. Поместить использованные инструменты в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.
2. Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.
3. Снять очки, защитную одежду (передник или халат, маску) и сбросить в емкость или пакет для сбора белья.
4. Обработать руки гигиеническим способом.
5. Уточнить у пациента его самочувствие, сообщить пациенту о состоянии раны, проинструктировать его о дальнейших действиях. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.

3.4. Технологии выполнения простых медицинских услуг медицинской сестрой палатной

3.4.1. Технология постановки очистительной клизмы (A14.19.002)

(рис. 3.4.1.1–3.4.1.8)

Подготовка к процедуре

1. Представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.
2. Подготовить все необходимое для процедуры (кружка Эсмарха, стерильный ректальный наконечник, вазелиновое масло).
3. Обработать руки гигиеническим способом.
4. Надеть нестерильные перчатки.



Выполнение процедуры

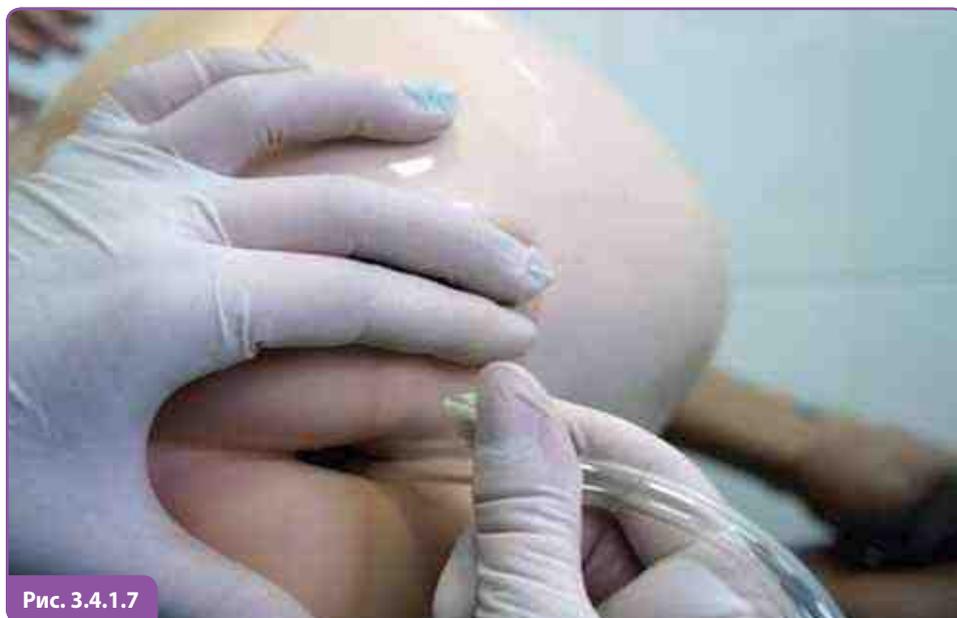
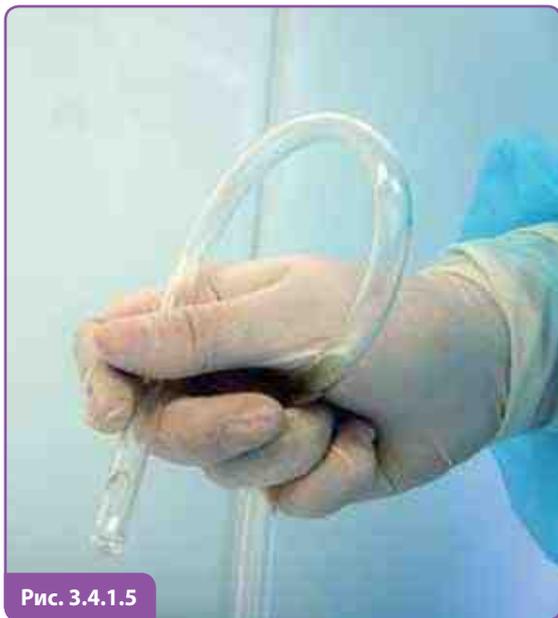
1. Уложить пациента на левый бок на кушетку, покрытую клеенкой, свисающей в таз. Ноги пациента должны быть согнуты в коленях и слегка подведены к животу.
2. Выпустить воздух из системы.
3. Развести одной рукой ягодицы пациента.
4. Ввести другой рукой наконечник в прямую кишку, проводя первые 3–4 см по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

Окончание процедуры

1. Поместить использованные инструменты в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.
2. Уточнить у пациента его самочувствие, проводить в туалетную комнату, проинструктировать его о дальнейших действиях.
3. Снять перчатки и поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.
4. Обработать руки гигиеническим способом.
5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.



Рис. 3.4.1.4



3.4.2. Технология выполнения катетеризации мочевого пузыря (выведение мочи) (A11.28.007)

(рис. 3.4.2.1–3.4.2.23)

Подготовка к процедуре

1. Представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру (если пациент в сознании).
 2. Подготовить оснащение для гигиенической обработки промежности.
 3. Обработать руки гигиеническим способом. Надеть нестерильные перчатки.
 4. Помочь пациенту (пациентке) занять необходимое для процедуры положение: на спине с полусогнутыми разведенными ногами (поза «лягушачья нога»).
- Примечание:** для женщин, которые не способны развести бедра, их сгибание обеспечивает достаточно хороший доступ к уретре.
5. Подстелить под таз пациента впитывающую пеленку (или клеенку и пеленку); подать судно. Поставить между ногами пациента предметы, необходимые для гигиенической обработки наружных половых органов.
 6. Произвести гигиеническую обработку наружных половых органов и промежности. Убрать судно.
 7. Снять перчатки и сбросить их в непромокаемый мешок.
 8. Обработать руки гигиеническим способом и приготовить все необходимое оснащение для катетеризации.

Выполнение процедуры

1. Обработать руки гигиеническим способом. Надеть стерильные перчатки.
 2. Обложить стерильными салфетками или стерильной пеленкой вход во влагалище.
 3. Развести в стороны левой рукой (если вы правша) малые половые губы. Правой рукой взять малую салфетку, смоченную раствором антисептика, и обработать ею вход в уретру движениями сверху вниз. Поместить салфетку в лоток для использованного инструментария. При необходимости повторить процедуру.
 4. Попросить помощника вскрыть упаковку с катетером. Извлечь катетер из упаковки: держать его на расстоянии 5–6 см от бокового отверстия I и II пальцами, наружный конец катетера держать между IV и V пальцами.
 5. Попросить помощника обильно обработать катетер глицерином (методом полива над стерильным лотком) или специальной желеобразной смазкой.
 6. Ввести катетер в отверстие уретры до появления мочи, а потом еще на 5 см; вывести мочу в лоток.
- Примечание:** если вход в уретру хорошо не определяется, требуется консультация врача.
7. Зафиксировать катетер, наполнить физиологическим раствором надувную манжету. Слегка потянуть катетер кнаружи, убедиться в том, что он зафиксирован.
 8. Соединить наружный конец катетера с мочеприемником (лучше градуированным). Убедиться, что трубки не перегибаются. Прикрепить трубку катетера Фолея пластырем к бедру, не натягивая катетер.
 9. Следить, чтобы система катетер—мочеприемник была замкнутой. Не промывать! В случае непроходимости заменить на новый, стерильный.
 10. Зафиксировать мочеприемник к кровати ниже ее плоскости.

11. Помочь пациенту занять удобное положение. Накрыть его. Удостовериться, что он чувствует себя нормально. Убрать ширму, если она использовалась.
12. Опорожнять мочеприемник, не нарушая целостности системы, через отводной порт.
13. Дважды в сутки осматривать область уретры вокруг катетера и область промежности; обрабатывать промежность и 10 см проксимального участка катетера водой с жидким мылом, осушать одноразовым полотенцем.

Окончание процедуры

1. Удалять катетер по истечении назначенного времени после удаления физиологического раствора из надувной манжеты.
2. Дезинфицировать весь использованный инструментарий.
3. Утилизировать одноразовый материал после дезинфекции.
4. Убрать клеенку, пеленку. Снять перчатки. Обработать руки гигиеническим способом.
5. Сделать запись реакции пациента на процедуру в медицинской документации.



Рис. 3.4.2.1







Рис. 3.4.2.8

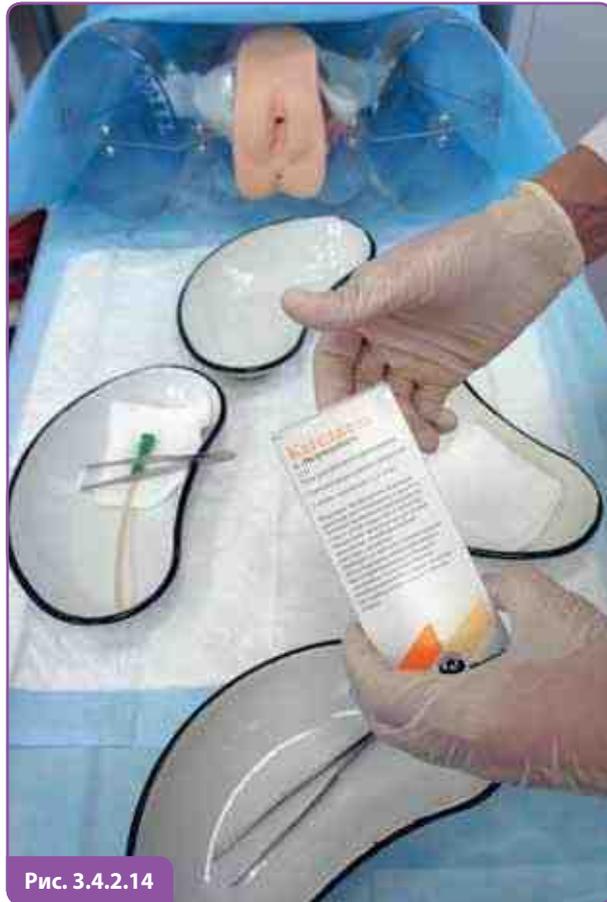


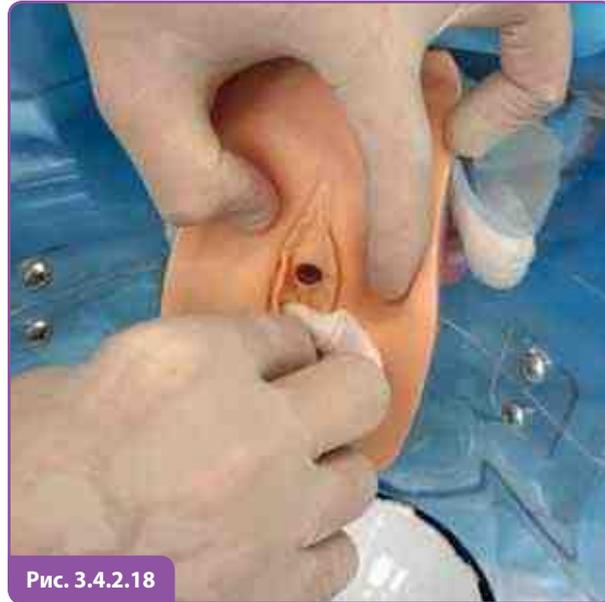
Рис. 3.4.2.9



Рис. 3.4.2.10









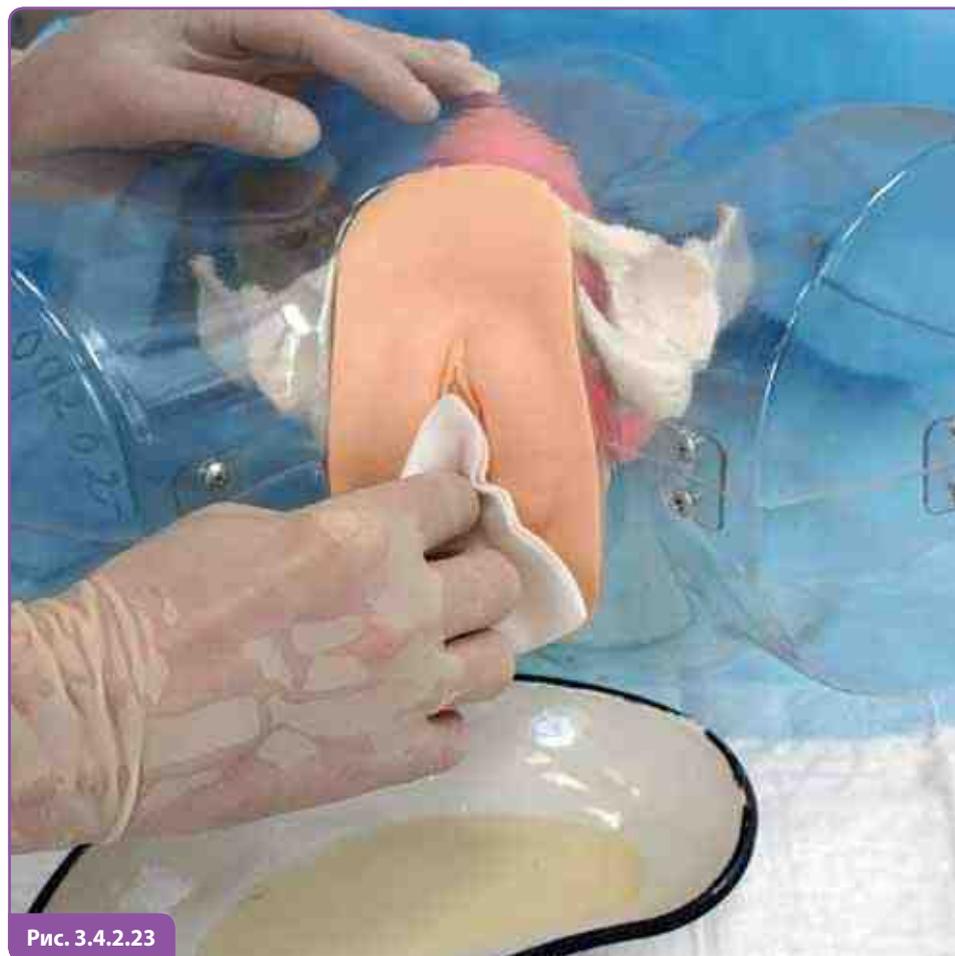


Рис. 3.4.2.23

3.4.3. Технология постановки мочевого катетера (A11.30.011). Уход за постоянным мочевым катетером

(рис. 3.4.3.1–3.4.3.23)

Подготовка к процедуре

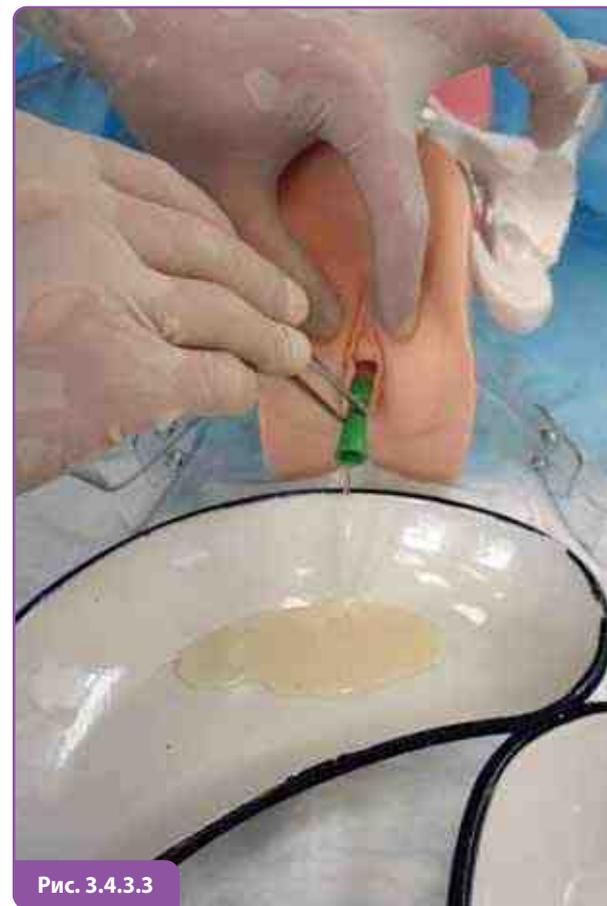
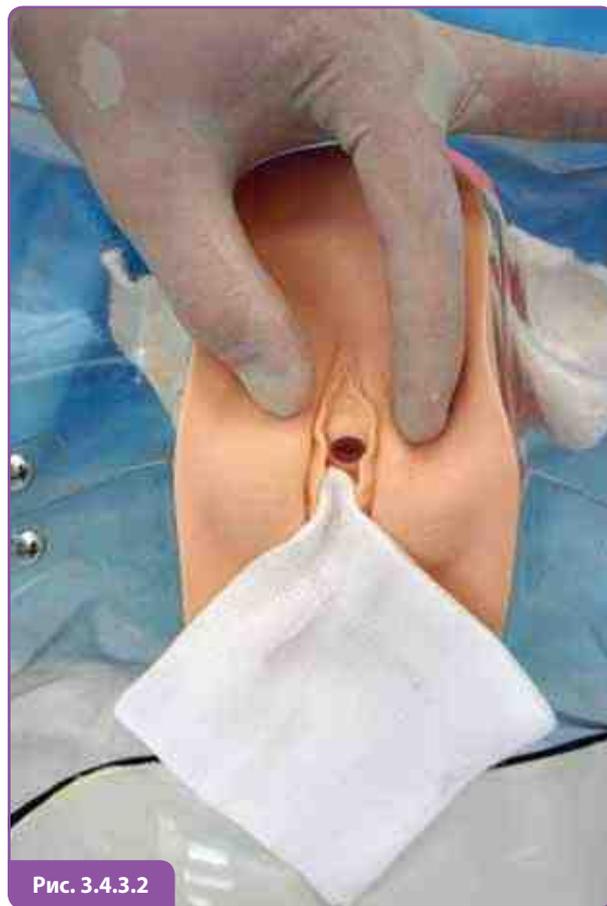
1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
2. Обеспечить конфиденциальность процедуры.
3. Опустить изголовье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

Выполнение процедуры

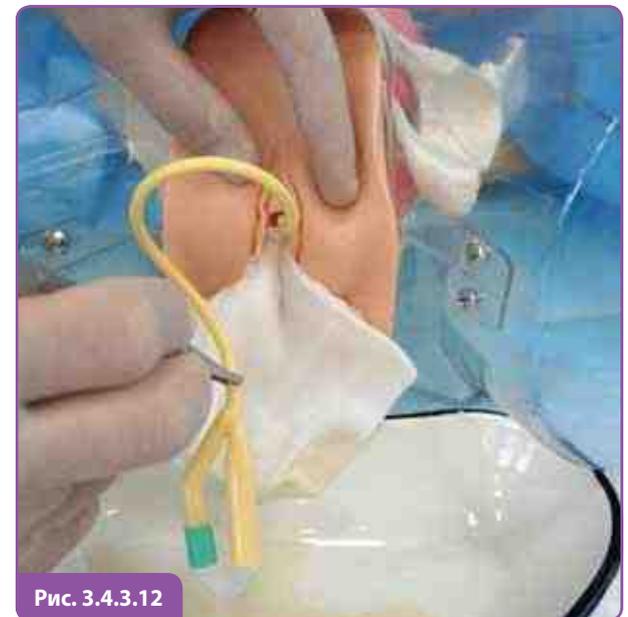
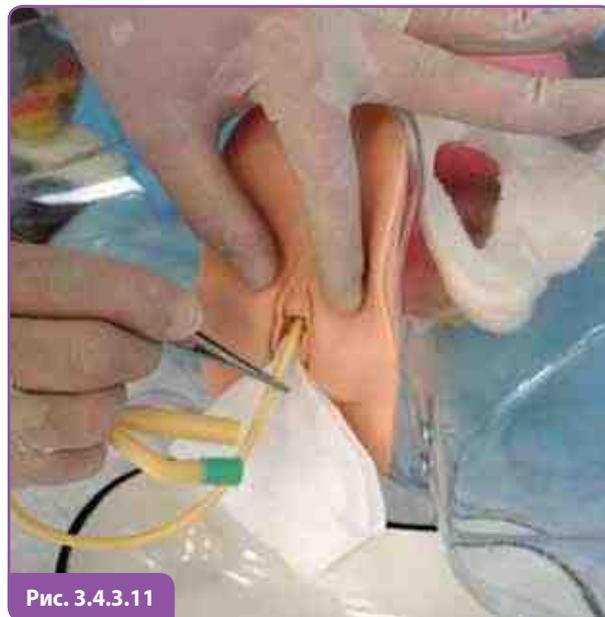
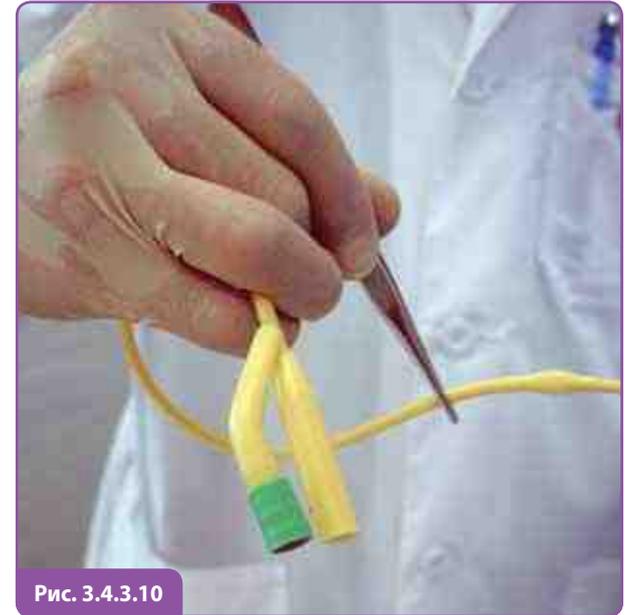
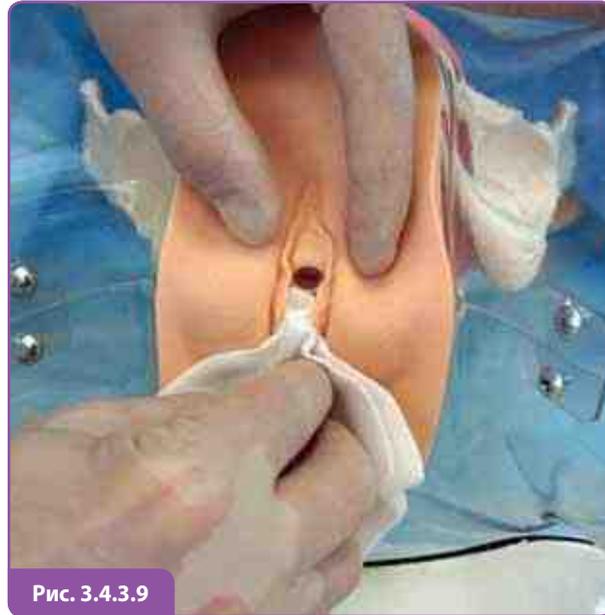
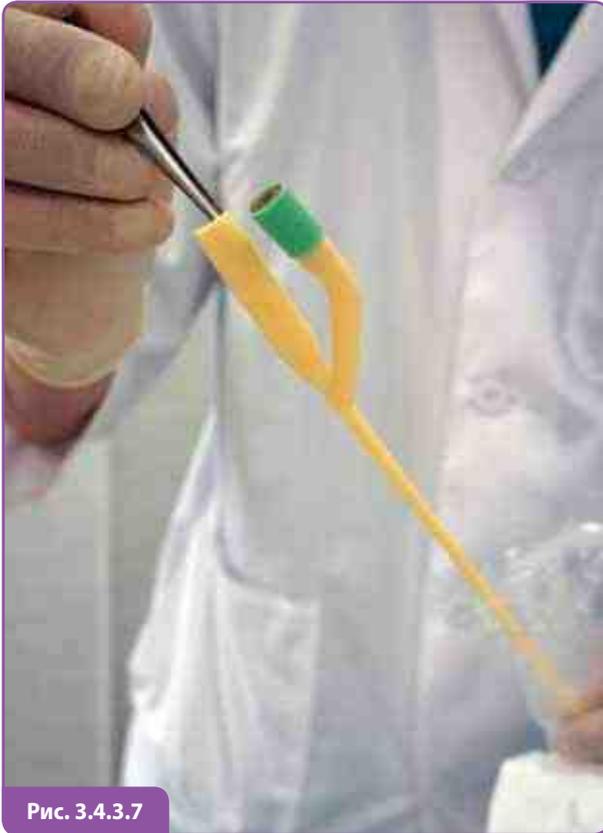
1. Вымыть промежность водой с жидким мылом и просушить полотенцем.
2. Вымыть марлевой салфеткой, а затем высушить проксимальный участок катетера на расстоянии 10 см.
3. Осмотреть область уретры вокруг катетера: убедиться, что моча не подтекает. Осмотреть кожу промежности, идентифицируя признаки инфекции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

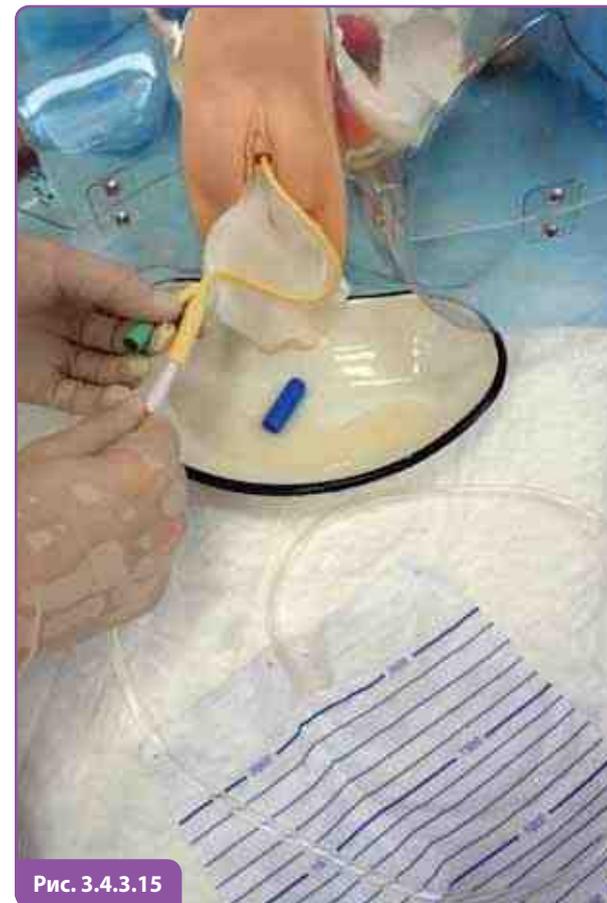
Окончание процедуры

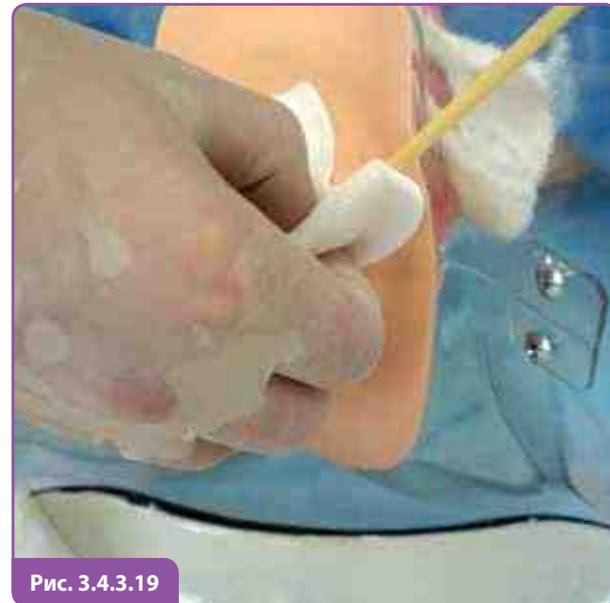
1. Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал.
2. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.
3. Обработать руки гигиеническим способом.
4. Спросить у пациента о его самочувствии.
5. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.

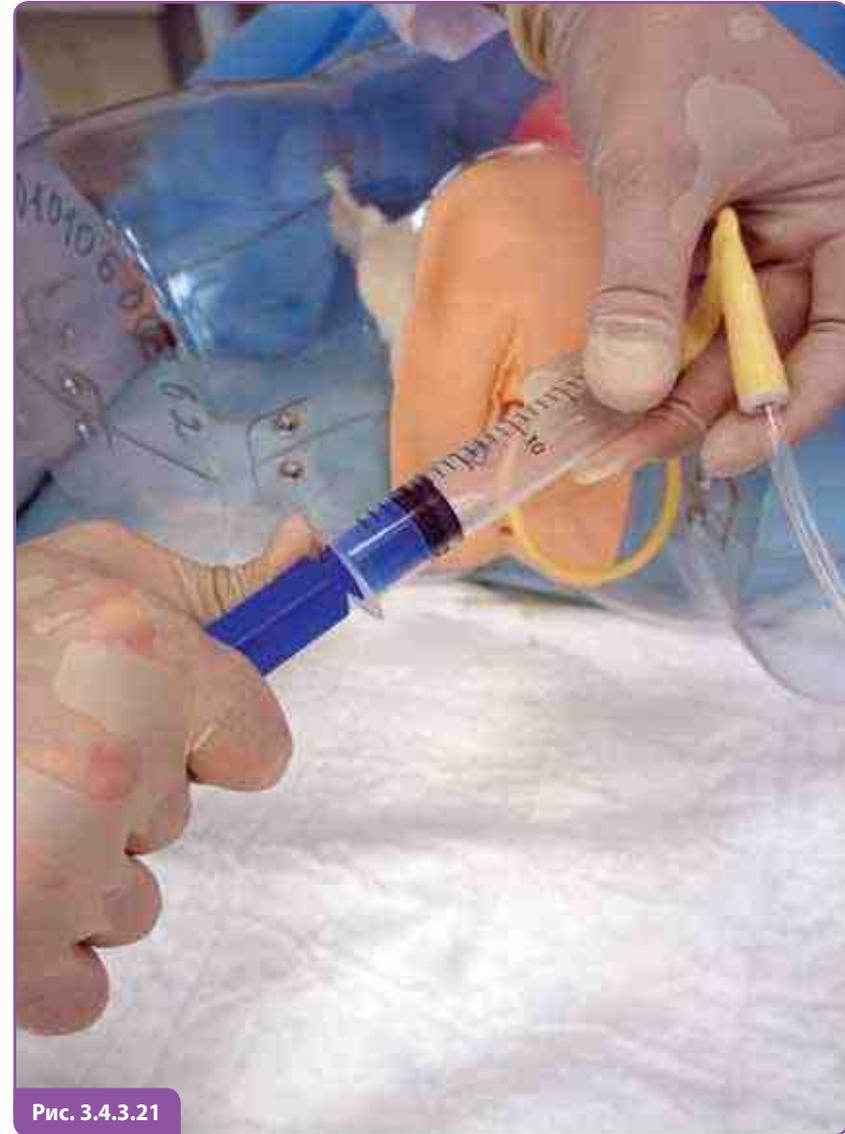
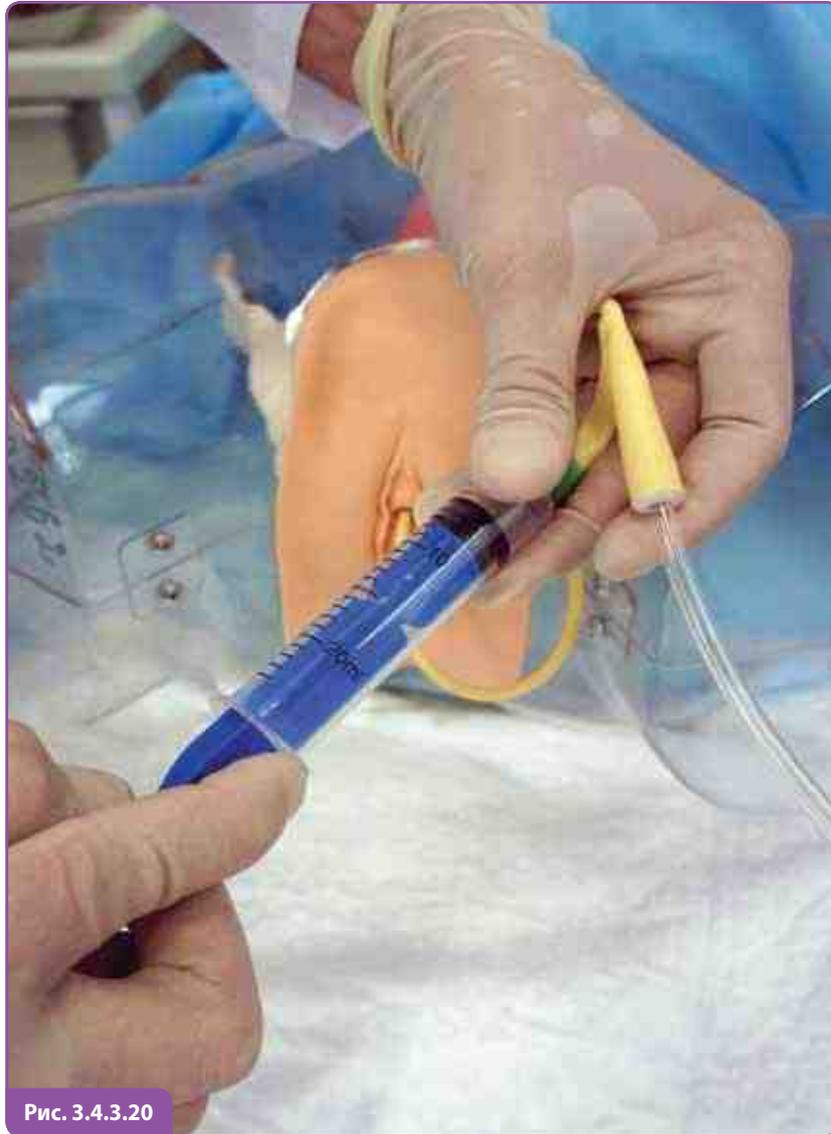


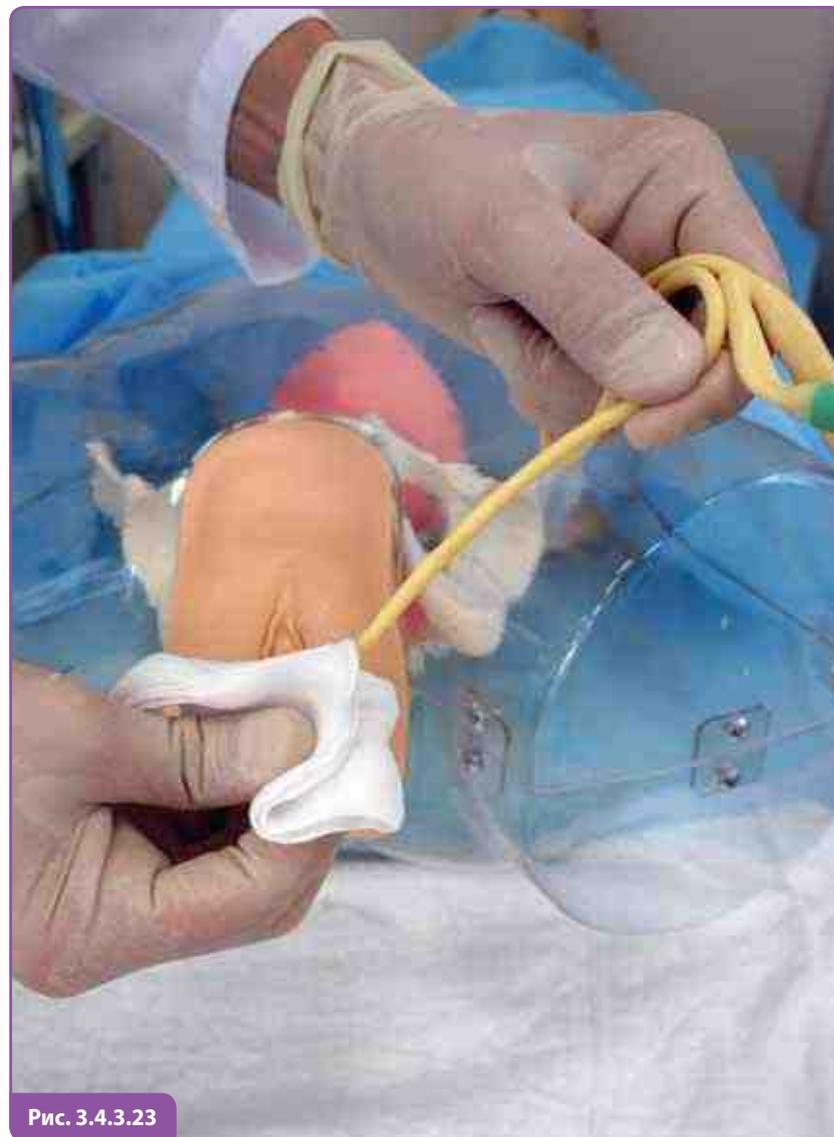
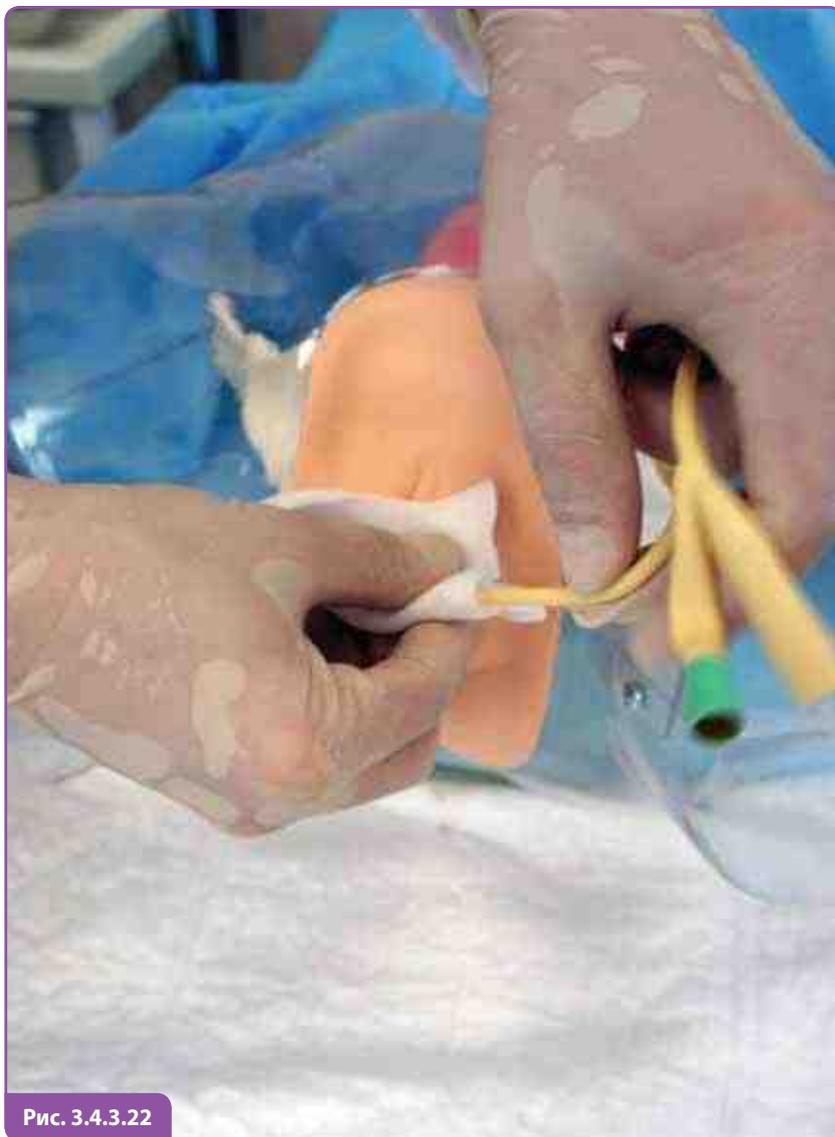












3.4.4. Технология выполнения пособия при стомах толстой кишки (А14.18.001)

(рис. 3.4.4.1–3.4.4.8)

Подготовка к процедуре

1. Представиться, объяснить ход и цель процедуры. Получить согласие на предстоящую процедуру.
2. Обеспечить конфиденциальность процедуры.
3. Подготовить все необходимое для процедуры.
4. Обработать руки гигиеническим способом. Надеть смотровые перчатки.

Выполнение процедуры

1. Отсоединить и осторожно удалить старый калоприемник (сам мешочек и кожный барьер), одноразовый мешок сбросить в полиэтиленовый пакет для мусора, оставить закрывающее устройство для повторного использования. При повторном использовании калоприемника опорожнить мешочек в судно, предварительно пережав нижнюю часть мешочка зажимом, и измерить объем масс. Обмыть зажим и вытереть его туалетной бумагой. Нанести дезодорирующее средство на нижнюю часть мешочка. Снять калоприемник, начиная с верхнего края.
2. Аккуратно очистить область стомы и кожи вокруг нее водой с мягким (жидким) мылом, высушить ее марлевой салфеткой.
3. Обработать кожу (при нарушении ее целостности) защитным препаратом (цинковой мазью, стомагезином, пастой Лассара или другим средством, применяемым в учреждении).
4. Снять защитное бумажное покрытие с нанесенной разметкой и, не торопясь, совместить нижний край вырезанного отверстия с нижней границей стомы.

5. Приложить и правильно центрировать чистый калоприемник прямо на кожу пациента или на кольцо калоприемника (при использовании многоразового) подальше от свежих разрезов в коже.
6. Приклеить, начиная с нижнего края пластины, калоприемник к коже в течение 1–2 мин, прижимая рукой край отверстия, прилежащий к стоме, не допуская образования складок, через которые будут просачиваться выделения из стомы.
7. Аккуратно расправить нижние края калоприемника (при применении многоразового).
8. При использовании многоразового калоприемника прикрепить края калоприемника к кожному барьерному приспособлению пластырем.
9. Присоединить пояс к кромке калоприемника.

Окончание процедуры

1. Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал.
2. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.
3. Обработать руки гигиеническим способом.
4. Спросить у пациента о его самочувствии. При необходимости сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.



3.4.4. Технология выполнения пособия при стомах толстой кишки



Рис. 3.4.4.5



Рис. 3.4.4.6



Рис. 3.4.4.7

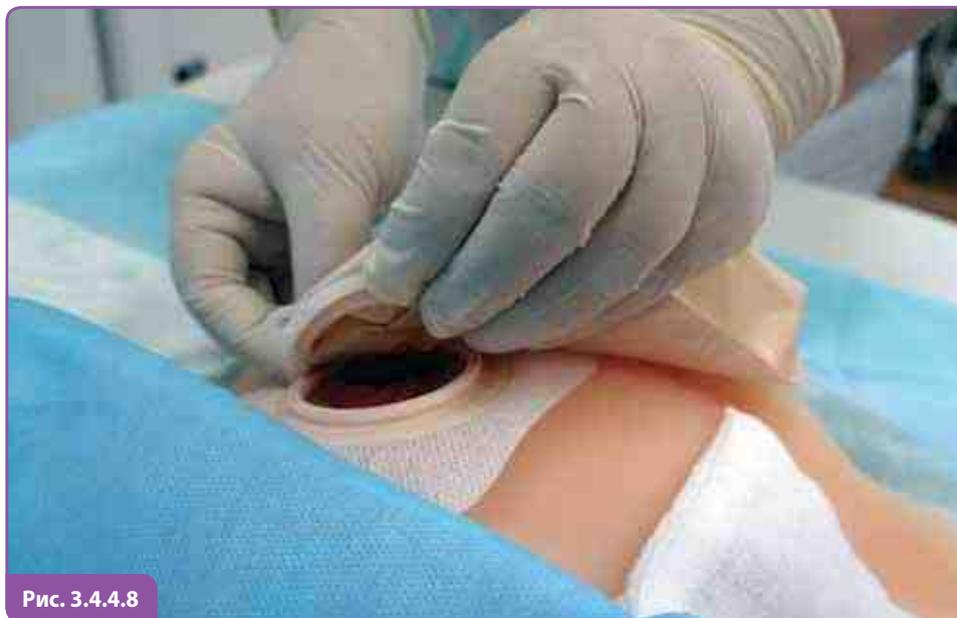


Рис. 3.4.4.8

3.4.5. Технология выполнения промывания желудка (A11.16.008)

(рис. 3.4.5.1–3.4.5.13)

Подготовка к процедуре

1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
2. Обработать руки гигиеническим способом.
3. Измерить артериальное давление, подсчитать пульс, если состояние пациента позволяет это сделать.
4. Снять зубные протезы у пациента (если они есть).
5. Поставить таз к ногам пациента или к головному концу кушетки, если пациент лежит.
6. Измерить шелковой нитью расстояние от резцов до пупка (плюс ширина ладони пациента).
7. Перенести метку на зонд, начиная от закругленного конца.
8. Надеть смотровые перчатки.

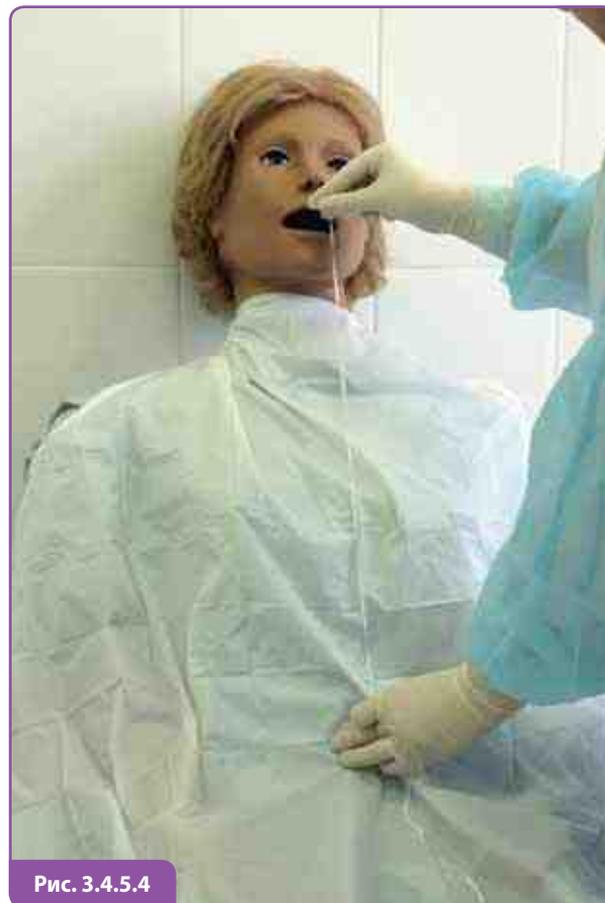
Выполнение процедуры

1. Смочить слепой конец зонда водой или глицерином.
2. Положить зонд на корень языка, попросить пациента сделать глотательное движение одновременно с продвижением зонда.
3. Наклонить голову пациента вперед, вниз.
4. «Воздушной пробой» убедиться в том, что зонд находится в желудке (присоединить шприц Жанэ, ввести воздух, с помощью фонендоскопа прослушать появление булькающих звуков). Если зонд вводится ребенку, обратить внимание на состояние ребенка (отсутствие кашля и цианоза).
5. Опустить воронку ниже положения желудка пациента.
6. Заполнить воронку водой больше половины, держа ее наклонно. Для детей на первую порцию берется жидкость из расчета не более 15 мл на килограмм массы тела.
7. При последующих введениях количество вводимой жидкости должно соответствовать количеству выведенных промывных вод.
8. При необходимости слить содержимое для бактериологического исследования в стерильную пробирку, для химического исследования — в емкость с притертой пробкой, а оставшуюся часть — в емкость для сбора промывных вод.

Окончание процедуры

1. Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал.
2. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.
3. Обработать руки гигиеническим способом.
4. Спросить у пациента о его самочувствии. При необходимости сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации





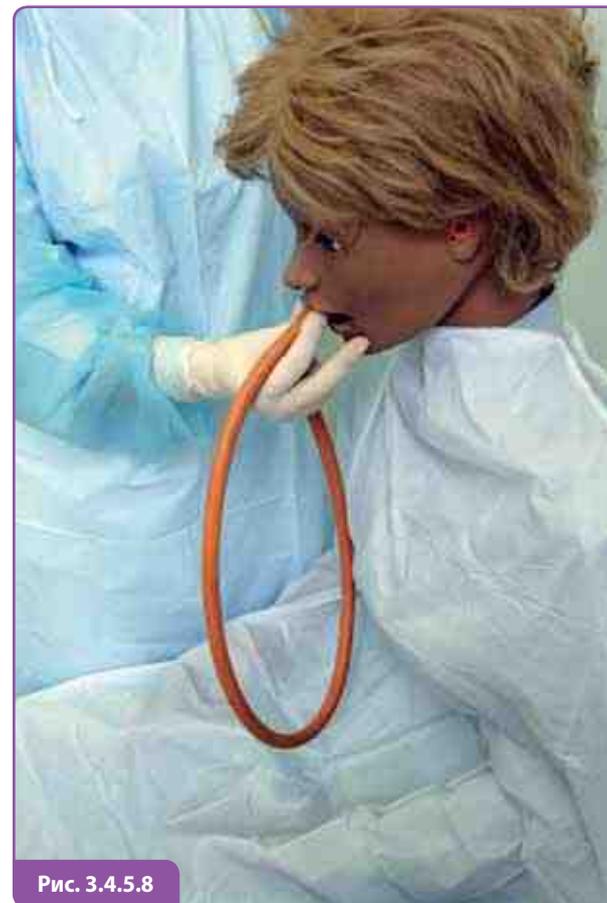
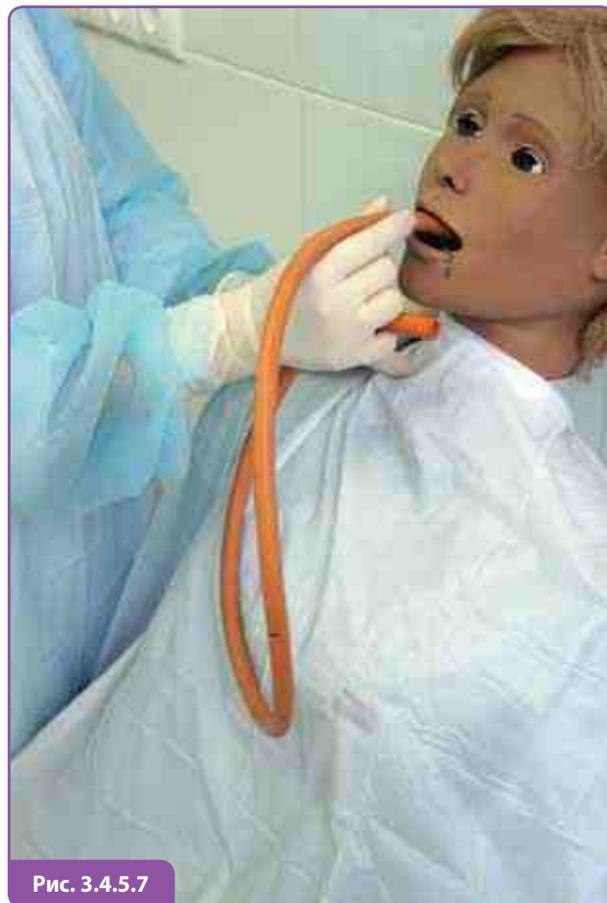




Рис. 3.4.5.9



Рис. 3.4.5.10



Рис. 3.4.5.11



Рис. 3.4.5.12



Рис. 3.4.5.13

3.4.6. Технология введения лекарственных препаратов с помощью клизмы (А11.19.005)

(рис. 3.4.6.1–3.4.6.7)

Подготовка к процедуре

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

Выполнение процедуры

1. Набрать в грушевидный баллон теплый лекарственный препарат, температура которого 37–38 °С (количество вводимого лекарственного препарата определяет врач).
2. Закругленный конец газоотводной трубки смазать вазелином на протяжении 30 см.
3. Закругленный конец трубки взять в правую руку, как «писчее перо», а свободный конец зажать IV и V пальцем.

4. Раздвинуть ягодицы I и II пальцем левой руки.
5. Правой рукой ввести газоотводную трубку на глубину 15–30 см (первые 3–4 см по направлению к пупку, а остальные — по направлению к позвоночнику) так, чтобы наружный конец выступал не менее чем на 10 см. У детей младшего возраста глубина введения трубки 6–15 см, с 10–12 лет вводить на глубину 15–30 см.
6. При однократном введении присоединить к трубке грушевидный баллон или шприц и медленно ввести лекарственный препарат.
7. Не разжимая грушевидный баллон, отсоединить его от газоотводной трубки, извлечь газоотводную трубку и поместить ее вместе с грушевидным баллоном в лоток.
8. При капельном введении большим и указательным пальцами левой руки раздвинуть ягодицы, а правой рукой ввести наконечник в прямую кишку; отрегулировать скорость вливания раствора.
9. Укрыть пациента одеялом.
10. По окончании процедуры вытереть салфеткой (или туалетной бумагой) кожу в области анального отверстия (у женщин — в направлении спереди назад).

Окончание процедуры

1. Поместить бумагу в пластиковый пакет или лоток.
2. Снять фартук, перчатки, газоотводную трубку, наконечник поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.
3. Обработать руки гигиеническим способом.
4. Если процедура проводилась в манипуляционной — сопроводить пациента в палату.
5. Спросить у пациента о его самочувствии.
6. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинской документации.



Рис. 3.4.6.1

