

ГАОУ СПО «Байкальский базовый медицинский колледж МЗ РБ»



В.Н.Фоминых

**Протоколы (алгоритмы)  
манипуляций  
по дисциплине «Сестринское дело в терапии с курсом  
первичной медицинской помощи»**

Пособие  
для студентов и преподавателей





В.Н.Фоминых

**Протоколы (алгоритмы)  
манипуляций  
по дисциплине «Сестринское дело в терапии  
с курсом  
первичной медицинской помощи»**

Пособие  
для студентов и преподавателей

УДК 616-083 (7)

БК 54.1.

П 76

Составитель

Фоминых В.Н.

Под редакцией

1. Козина В.А., кандидата медицинских наук, заслуженного врача Республики Бурятия, директора ГАОУ СПО «Байкальский базовый медицинский колледж МЗ РБ»
2. Димковой Н.П., директора ГУ «Республиканская научно- методическая библиотека МЗ РБ»

Рецензенты

Жигаев Г.Ф., доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной хирургии Бурятского государственного университета, заслуженный деятель науки Российской Федерации

**П Протоколы (алгоритмы) манипуляций по дисциплине Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи: пособие для студентов и преподавателей / сост. В.Н. Фоминых; под ред. к.м.н. В.А.Козина – Улан-Удэ: Издательство ГУЗ РЦМП МЗ РБ, 2014.- 95 с.**

Пособие предназначено для студентов, изучающих манипуляционную технику по дисциплине сестринское дело в терапии. В нем представлены протоколы сестринских манипуляций и процедур по всем темам дисциплины в соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта, типовой и рабочей программ. Пособие окажет существенную методическую и практическую помощь студентам и преподавателям при подготовке и проведении практических занятий.

Рекомендовано к печати Учебно-методическим советом Бурятского государственного университета

© ГАОУ СПО «Байкальский базовый медицинский колледж МЗ РБ», 2014

© В.Н.Фоминых, составитель, 2014

© В.А.Козин, редактор, 2014

© Издательство ГУЗ РЦМП МЗ РБ, 2014

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	8
Очистительная клизма.....	9
Масляная клизма.....	10
Гипертоническая клизма.....	12
Введение лекарственных веществ с помощью клизмы.....	14
Газоотводная трубка.....	15
Оксигенотерапия из кислородной подушки.....	16
Оксигенотерапия через носовой катетер.....	17
Гирудотерапия.....	18
Подкожное введение лекарственных препаратов.....	19
Внутримышечное введение лекарственных препаратов.....	20
Внутривенное струйное введение лекарственных препаратов.....	21
Взятие крови из периферической вены.....	22
Техника выполнения внутривенного капельного вливания.....	23
Исследование пульса, регистрация.....	27
Измерение АД на периферических артериях, регистрация.....	28
Измерение роста.....	29
Измерение массы тела.....	30
Термометрия общая.....	31
Применение пузыря со льдом.....	32
Применение грелки.....	34
Применение согревающего компресса.....	35
Уход за промежностью и наружными половыми органами.....	36
Уход за полостью рта тяжелобольных.....	37
Укладывание на спину.....	38
Укладывание на живот.....	40
Укладывание на бок.....	41
Размещение в положение Фаулера.....	42
Размещение в положение Симпса.....	42
Предстерилизационная обработка медицинского инструментария.....	43
Кормление тяжелобольных.....	45
Пролежни: профилактика, оценка степени риска и тяжести развития.....	47
Ингаляционный путь введения лекарств.....	48
Измерение частоты дыхательных движений.....	49
Сбор мокроты на общий анализ.....	50
Сбор мокроты на атипичные клетки.....	51

Сбор мокроты на микробиологическое исследование.....	51
Сбор мочи на общий анализ.....	52
Сбор мочи по Нечипоренко.....	53
Сбор мочи для исследования глюкозы.....	54
Сбор мочи для микробиологического исследования.....	55
Сбор мочи для проведения пробы по Зимницкому.....	55
Определение водного баланса.....	56
Определение глюкозы в моче экспресс-методом.....	58
Сбор кала для исследования на скрытую кровь.....	58
Взятие кала на бактериологическое исследование.....	60
Сбор кала для исследования на гельминты.....	61
Сбор кала для исследования простейшие.....	62
Сбор кала на копрологическое исследование.....	63
Фракционное зондирование желудка с энтеральным раздражителем.....	64
Фракционное зондирование желудка с парентеральным раздражителем.....	66
Промывание желудка.....	68
Дуоденальное зондирование.....	70
Подготовка к эндоскопическим методам обследования (ФГДС).....	72
Подготовка к ректороманоскопии.....	73
Подготовка пациента к колоноскопии.....	74
Подготовка к ирригоскопии.....	75
Подготовка к рентгенологическому исследованию желудка.....	76
Подготовка к холецистографии.....	77
Подготовка к экскреторной урографии.....	78
Подготовка к ультразвуковому исследованию брюшной полости.....	80
Подготовка к стеральной пункции.....	81
Оценка интенсивности боли.....	82
Пикфлоуметрия.....	83
Хранение наркотических, ядовитых и сильнодействующих лекарств.....	85
Дезинфекция предметов ухода.....	87
Заполнение титульного листа «медицинской карты стационарного больного».....	90
Литература.....	91

## ВВЕДЕНИЕ

Сегодня изменилось отношение общества к сестринской практике, внедряются научные методы организации сестринской деятельности.

Меняются условия для оказания эффективной и качественной сестринской помощи. Появилась потребность здравоохранения в умении выполнять сестринские манипуляции в точном соответствии с требованиями к стандартизации сестринских процедур. Приказом Министерства Здравоохранения России от 31.12.97г. № 390 «О мерах по улучшению сестринского дела в Российской Федерации» было принято решение разработать и внедрить в установленном порядке медико-технологические протоколы сестринских манипуляций.

Изучение сестринских манипуляций по стандартным протоколам ведет к систематизации умений, активной реализации межпредметных связей и позволяет избежать разногласий с практическим здравоохранением.

*Протокол (алгоритм) манипуляций включает в себя*  
название манипуляции,  
цель процедуры,  
показания и противопоказания к выполнению,  
оснащение,  
последовательность действий,  
осложнения.

Данный сборник является компактным учебным пособием, максимально удовлетворяющим требования образовательного стандарта по дисциплине, способного оказать существенную методическую и практическую помощь студентам и преподавателям при подготовке и проведении практических занятий.

Автор надеется, что предлагаемый сборник вместе с другими учебными пособиями по дисциплине, прошедших испытание временем, окажется полезным в решении ряда проблем в подготовке грамотных, квалифицированных специалистов сестринского дела в терапии.

## **Очистительная клизма**

### **Цель**

освобождение кишечника от каловых масс и газов

### **Показания:**

- запоры,
- операции,
- роды,
- эндоскопические исследования кишечника,
- рентгенологические исследования органов брюшной полости,

### **Противопоказания:**

- кровотечения из пищеварительного тракта,
- злокачественные образования прямой кишки,
- первые дни после операции на органах пищеварения,
- острые воспалительные процессы в толстой кишке или в области заднего прохода,
- трещины в области заднего прохода,
- выпадение прямой кишки,
- геморрой.

### **Оснащение**

- кружка Эсмарха,
- штатив для подвешивания кружки,
- кушетка,
- таз,
- клеенка с пеленкой,
- фартук,
- вазелин,
- шпатель,
- салфетка,
- перчатки,
- вода комнатной температуры (18-22 гр.), кипяченая, 1,5-2 л

### **Последовательность действий**

1. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры.
2. Провести психологическую подготовку пациента.
3. Получить согласие.

4. Обеспечить изоляцию пациента (чаще процедура проводится в клизменной. Если проводится в палате, то огородить пациента ширмой. После процедуры проветрить палату.).
5. Налить в кружку Эсмарха 1,5-2 литра воды и подвесить на штатив на высоте 1-1,5м над кушеткой.
6. Надеть наконечник, проверить его проходимость (вытеснить воздух) и смазать вазелином.
7. На кушетку постелить клеенку так, чтобы она свисала в таз.
8. На клеенку постелить пеленку.
9. Попросить пациента лечь на левый бок, согнуть ноги в коленных и тазобедренных суставах.
- 10.левой рукой раздвинуть ягодицы, а правой вращательными движениями ввести наконечник по направлению к пупку на 3-4см, потом параллельно копчику на 8-10см.
- 11.Открыть зажим и медленно ввести жидкость в кишечник.
- 12.Чтобы в кишечник не попал воздух, на дне кружки жидкость оставить.
- 13.Закрывать зажим.
- 14.Осторожно вращательными движениями вынуть наконечник.
- 15.Попросить пациента задержать воду в кишечнике на 10-15 мин. (полежать на спине и глубоко дышать).
- 16.Подать судно (или приготовить туалет).
- 17.Окончание процедуры: наконечник замочить в 3% растворе хлорамина на 1 час (или другом дезинфектанте согласно инструкции), затем по ОСТу, продезинфицировать перчатки, снять их и поместить в дезраствор, вымыть и осушить руки.

## **Масляная клизма**

### **Механизм действия масляной клизмы**

Масло, растекаясь по стенке кишечника, обволакивает каловые массы, размягчает их, расслабляет мускулатуру кишечника и способствует выделению содержимого кишечника.

### **Цель**

освобождение кишечника от каловых масс и газов

### **Показания**

- упорные запоры, когда нежелательно напряжение мышц брюшной



стенки (после родов, операций на органах брюшной полости, гипертонический криз),

- хронические воспалительные процессы в кишечнике.

### **Противопоказания**

- кровотечения из пищеварительного тракта,
- злокачественные образования прямой кишки,
- первые дни после операции на органах пищеварения,
- острые воспалительные процессы в толстой кишке или в области заднего прохода,
- трещины в области заднего прохода,
- выпадение прямой кишки,
- геморрой.

### **Оснащение**

- грушевидный баллон,
- газоотводная трубка,
- фартук,
- перчатки,
- клеенка и пеленка,
- стерильная марлевая салфетка,
- вазелин,
- масло 100-200мл растительное или вазелиновое, температура 37 градусов подогретое на водяной бане.

### **Последовательность действий**

1. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры.
2. Предупредить пациента: масляная клизма ставится на ночь (в 22 часа), эффект очищения кишечника наступит через 10-12 часов, после постановки клизмы не вставать до утра.
3. Провести психологическую подготовку пациента.
4. Получить согласие.
5. Обеспечить изоляцию пациента (чаще процедура проводится в клизменной. Если проводится в палате, то огородить пациента ширмой. После процедуры проветрить палату).
6. Набрать в грушевидный баллон 100-200мл теплого масла.
7. На кровать постелить клеенку и пеленку.
8. Попросить пациента лечь на левый бок, согнуть ноги в коленных и тазобедренных суставах.

9. Газоотводную трубку, предварительно смазанную вазелином, взять стерильной салфеткой.
10. Левой рукой раздвинуть ягодицы, а правой вращательными движениями ввести газоотводную трубку по направлению к пупку на 3-4см, потом параллельно копчику (общая глубина введения **20 - 30см**);
11. Из баллона вытеснить воздух, присоединить его к газоотводной трубке и медленно ввести масло.
12. Не разжимая баллон отсоединить его от трубки.
13. Трубку пережать и извлечь из прямой кишки.
14. Рекомендовать пациенту не двигаться 10-15 мин., затем принять удобное положение и не вставать до утра.
15. Окончание процедуры: газоотводную трубку, резиновый баллон замочить в дезинфектанте согласно инструкции), затем по ОСТу, продезинфицировать перчатки, снять их и поместить в дезраствор, вымыть и осушить руки.

### **Гипертоническая клизма**

#### **Цель**

стимуляция самостоятельной дефекации,

#### **Показания**

- атонические запоры (снижена перистальтика кишечника),
- гипертоническая болезнь,
- отеки различного происхождения,

#### **Противопоказания**

- кровотечения из пищеварительного тракта,
- злокачественные образования прямой кишки,
- первые дни после операции на органах пищеварения,
- острые воспалительные процессы в толстой кишке или в области заднего прохода,
- трещины в области заднего прохода,
- выпадение прямой кишки,
- геморрой,

#### **Оснащение**

- грушевидный баллон,
- газоотводная трубка,

- фартук,
- перчатки,
- клеенка и пеленка,
- стерильная марлевая салфетка,
- вазелин,
- гипертонический раствор 50 – 100 мл (раствора магния сернокислого 25-33% или натрия хлорида 10%), температура 37-38 градусов подогретый на водяной бане,

### **Последовательность действий**

1. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры.
2. Провести психологическую подготовку пациента.
3. Получить согласие.
4. Обеспечить изоляцию пациента, огородить пациента ширмой. После процедуры проветрить палату.
5. Набрать в грушевидный баллон 50-100 мл теплого гипертонического раствора.
6. На кровать постелить клеенку и пеленку.
7. Попросить пациента лечь на левый бок, согнуть ноги в коленных и тазобедренных суставах.
8. Газоотводную трубку, предварительно смазанную вазелином, взять стерильной салфеткой.
9. Левой рукой раздвинуть ягодицы, а правой вращательными движениями ввести газоотводную трубку по направлению к пупку на 3-4см, потом параллельно копчику (общая глубина введения 10-15см).
10. Из баллона вытеснить воздух, присоединить его к газоотводной трубке и медленно ввести гипертонический раствор.
11. Не разжимая баллон отсоединить его от трубки;
12. Трубку пережать и извлечь из прямой кишки;
13. После введения гипертонического раствора полежать на спине 20-30 минут.
14. Окончание процедуры: газоотводную трубку, резиновый баллон замочить в дезинфектанте согласно инструкции), затем по ОСТу, продезинфицировать перчатки, снять их и поместить в дезраствор, вымыть и осушить руки.

## **Введение лекарственных веществ с помощью клизмы)**

### **Цель**

местное воздействие на слизистую оболочку нижнего отдела толстой кишки и для воздействия на весь организм при всасывании лекарственного препарата через слизистую толстой кишки. Выполняется на ночь.

### **Показания**

Введение в прямую кишку лекарственных средств, оказывающих местное или общее действие,

### **Противопоказания**

общие воспалительные процессы в области ануса,

### **Оснащение**

- грушевидный баллон,
- газоотводная трубка,
- фартук,
- перчатки,
- клеенка и пеленка,
- стерильная марлевая салфетка,
- вазелин,
- лекарственного препарата 50-100 мл (настойки ромашки, масла облепихового, хлоралгидрат), температура 37 градусов подогретый на водяной бане.

### **Последовательность действий**

1. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры.
2. Провести психологическую подготовку, получить согласие.
3. Обеспечить изоляцию пациента (если проводится в палате, то огородить пациента ширмой. После процедуры проветрить палату.).
4. Перед введением лекарства за 20-30 мин. сделать очистительную клизму.
5. Набрать в грушевидный баллон 50-100 мл масла или лекарственный препарат (по назначению врача).
6. На кровать постелить клеенку и пеленку.
7. Попросить пациента лечь на левый бок, согнуть ноги в коленных и тазобедренных суставах.
8. Газоотводную трубку смазать вазелином и взять стерильной салфеткой.

9. Левой рукой раздвинуть ягодицы, а правой вращательными движениями ввести газоотводную трубку по направлению к пупку на 3-4см, потом параллельно копчику (общая глубина введения 20 - 30см).
10. Из баллона вытеснить воздух, присоединить его к газоотводной трубке и медленно ввести масло. Не разжимая баллон отсоединить его от трубки.
11. Трубку пережать и извлечь из прямой кишки.
12. Рекомендовать пациенту полежать не менее часа.
13. Окончание процедуры: газоотводную трубку, резиновый баллон замочить в дезинфектанте согласно инструкции), затем по ОСТу, продезинфицировать перчатки, снять их, поместить в дезраствор, вымыть и осушить руки.

### **Газоотводная трубка**

#### **Цель**

выведение газов из кишечника

#### **Показания**

метеоризм (вздутие живота),

#### **Противопоказания**

- кишечное кровотечение,
- кровоточащая опухоль прямой кишки,
- острое воспаление анального отверстия,
- геморрой,

#### **Оснащение**

- грушевидный баллон,
- газоотводная трубка,
- фартук,
- перчатки,
- клеенка и пеленка,
- стерильная марлевая салфетка,
- вазелин,
- судно с небольшим количеством воды,
- мазь цинковая,

#### **Последовательность действий:**

1. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры, получить согласие.

2. Обеспечить изоляцию пациента (огородить пациента ширмой). После процедуры проветрить палату.). В течение суток газоотводную трубку можно вводить 2-3 раза.
3. Надеть фартук, перчатки.
4. На кровать постелить клеенку и пеленку.
5. Попросить пациента лечь на левый бок, согнуть ноги в коленных и тазобедренных суставах.
6. Газоотводную трубку, предварительно смазанную вазелином, взять стерильной салфеткой.
- 7.левой рукой раздвинуть ягодицы, а правой вращательными движениями ввести газоотводную трубку по направлению к пупку на 3-4см, потом параллельно копчику (общая глубина введения 20 - 30см).
8. Наружный конец трубки опустить в судно с водой, поставленного на постели или лучше на табурет рядом с кроватью.
9. Через 1-1,5 часа трубку извлечь, даже если не наступило облегчение, во избежания образования пролежней на слизистой прямой кишки.
10. После извлечения трубки пациента надо подмыть, а в случае покраснения анального отверстия, смазать цинковой подсушивающей мазью.
11. Окончание процедуры: газоотводную трубку замочить в дезинфектанте согласно инструкции, затем по ОСТу, продезинфицировать перчатки, снять их и поместить в дезраствор, вымыть и осушить руки.

### **Оксигенотерапия из кислородной подушки**

#### **Цель**

устранить кислородное голодание тканей

#### **Показания**

- хронические заболевания легких и бронхов,
- нарушение дыхания,
- повреждения грудной клетки,
- отравления угарным газом, удушающими веществами,

#### **Противопоказаний** нет

#### **Оснащение**

- кислородный баллон с редуктором, понижающим давление,
- кислородная подушка,

- марлевая 4-хслойная салфетка,

### **Последовательность действий**

1. Заполнить подушку из баллона при показаниях наружного манометра 2-3 атмосферы. Для этого снять с трубки кислородной подушки воронку (мундштук), открыть кран вентиля кислородной подушки, соединить трубку кислородной подушки с редуктором кислородного баллона, медленно открыть редукторный клапан кислородного баллона, после заполнения сначала закрыть клапан редуктора баллона, потом клапан подушки, отсоединить подушку от баллона и надеть воронку на резиновую трубку.
2. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.
3. Обернуть воронку влажной 4-хслойной салфеткой.
4. Прижать воронку ко рту пациента, посоветовать делать вдох через рот, а выдох через нос.
5. При вдохе зажим открывать, при выдохе закрывать.
6. По мере уменьшения кислорода, начать скатывать подушку валиком с угла, противоположного трубке, пока в подушке есть кислород.
7. Салфетку положить в лоток для отработанного материала.
8. Окончание процедуры: отсоединить воронку и замочить в дезинфектанте (согласно инструкции), затем по ОСТу, продезинфицировать перчатки, снять их и поместить в дезраствор, вымыть и осушить руки.

### **Осложнения**

При использовании неувлажненного кислорода возникает сухость слизистых оболочек вплоть до ожога.

## **Оксигенотерапия через носовой катетер**

### **Цель**

устранить кислородное голодание тканей

### **Показания**

- хронические заболевания легких и бронхов,
- нарушение дыхания,
- повреждения грудной клетки,
- отравления угарным газом, удушающими веществами,

**Противопоказаний** нет

## **Оснащение**

- стерильный лоток с носовым катетером, шпателем,
- аппарат Боброва,
- дисциллированная вода,
- стерильное вазелиновое масло,
- лейкопластырь,

## **Последовательность действий**

1. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.
2. Подготовить аппарат Боброва: налить в стеклянную емкость дистиллированную воду на 2/3 объема температурой 30-40 градусов.
3. Герметично закрыть пробку при помощи винта.
4. Облить стерильным вазелиновым маслом вводимую часть катетера и ввести в нижний носовой ход на глубину 15 см.
5. Осмотреть зев, придавив шпателем язык (должен быть виден закругленный конец катетера).
6. Зафиксировать наружную часть катетера лейкопластырем на щеке пациента;
7. Соединить с аппаратом Боброва.
8. Открыть вентиль источника кислорода, отрегулировать скорость подачи до 4-5 литров в минуту.
9. Продолжительность ингаляции 40-60 мин.
10. **Помни!** катетер можно оставлять в полости носа не более 12 часов.
11. Окончание процедуры: удалить катетер и замочить в дезинфектанте (согласно инструкции), затем по ОСТу, продезинфицировать перчатки, снять их и поместить в дезраствор, вымыть и осушить руки.

## **Осложнения**

При использовании неувлажненного кислорода возникает сухость слизистых оболочек вплоть до ожога.

## **Гирудотерапия**

**Гирудотерапия** – это лечение медицинскими пиявками. Пиявки живут в пресной воде. Их слюнные железы выделяют биологически активное вещество - гирудин, замедляющее свертывание крови. Пиявки присасываются к коже пациента и всасывают в себя кровь



как поршнем. Гирудин попадает в ранку в результате чего кровь длительное время (до нескольких часов) не свертывается. Насытившись, пиявка сама отпадает. Пиявка не может заразить человека инфекционными болезнями, т.к. попавшая в ее желудок кровь в ранку не возвращается.

### **Цель**

кровопускание

### **Показания**

- гипертонический криз,
- венозный застой крови,
- тромбозы вен,
- стенокардия, инфаркт миокарда,
- геморрой,
- увеличение печени,

### **Противопоказания**

- гипотония,
- анемия,
- снижение свертываемости крови,
- лечение антикоагулянтами,
- септические и аллергические состояния,

### **Последовательность действий**

1. Обработать кожу стерильным шариком, смоченным горячей водой для усиления притока крови (не следует обрабатывать спиртом или мылом, запах отпугивает пиявок).
2. Смочить здесь же стерильным раствором глюкозы 40% для лучшего присасывания.
3. Отсадить пинцетом одну пиявку в пробирку задней присоской к её дну.
4. Поднести пробирку к коже и подождать, пока пиявка не присосётся.
5. Освободить пиявку от пробирки и под её заднюю присоску подложить стерильную салфетку.
6. Пиявка отпадает самостоятельно через 1-1,5 часа (если надо снять раньше, то область передней присоски смочить соленой водой). Отрывать пиявку нельзя из-за опасности кровотечения.

7. Наложить сухую асептическую повязку с толстым слоем ваты, которую нельзя менять в течение суток (идет образование тромба). При необходимости слой ваты добавлять.

### **Подкожное введение лекарственных препаратов**

#### **Цель**

Введение лекарства минуя желудочно-кишечный тракт

#### **Показания**

- введение небольшого объема лекарственных средств,
- введение масляных растворов,

#### **Противопоказания**

- аллергия к препарату,
- нарушение целостности кожи в месте инъекции,
- инфильтрат в месте инъекции,

#### **Оснащение**

- стерильный шприц с иглой емкостью 1-2 мл,
- пять ватных шариков, смоченных 70% спиртом,
- два лотка с маркировками «Для стерильного материала» и «Для использованных инструментов».

#### **Места подкожных инъекций (п/к)**

- средняя треть наружной поверхности плеча,
- подлопаточная область,
- переднебоковая область живота,
- переднебоковая поверхность бедра,

#### **Последовательность действий**

1. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры и получить его согласие.
2. Вымыть и осушить руки.
3. Надеть перчатки.
4. Первым шариком обрабатывают перчатки (убрать с них тальк).
5. Собрать шприц по алгоритму.
6. Вторым шариком обработать шейку ампулы, вскрыть и набрать 0,5 мл препарата из ампулы по алгоритму.
7. Третьим шариком протереть кожу в месте пункции площадью 15 на 15 см.
8. Четвертым шариком повторно протереть руки в перчатках.

9. Левой рукой собрать кожу в складку и ввести иглу на глубину 2/3, срезом вверх под углом 45 градусов.
10. Не переключая шприц в другую руку, ввести лекарство.
11. Левой рукой взять с лотка пятый шарик, приложить его к месту инъекции и быстро извлечь иглу.
12. Сделать точечный массаж для равномерного распределения препарата под кожей, оставить шарик на месте инъекции на 2-3 минуты.
13. Окончание процедуры: шарики и шприц замочить в дезраствор в разные емкости, продезинфицировать перчатки, снять их и поместить в дезраствор, вымыть и осушить руки.

### **Примечание**

- после дезинфекции шарики переносят в одноразовые пластиковые пакеты желтого цвета, которые после заполнения герметизируют и удаляют из отделения для утилизации,
- игла помещается в толстостенный контейнер с дезсредством,
- использованный шприц заполняют дезраствором и помещают в специальную маркированную емкость для дезинфекции,
- после дезинфекции одноразовые шприцы сдаются старшей медсестрой в аптеку ЛПУ для последующей переработки специализированными организациями.

### **Осложнения**

- инфильтрат,
- абсцесс,
- слом иглы,
- аллергическая реакция.

## **Внутримышечное введение лекарственных препаратов**

### **Цель**

Введение лекарства минуя желудочно-кишечный тракт

### **Показания**

- Введение большого объема лекарств (до 10 мл),
- введение антибиотиков,
- введение сильно раздражающих веществ,

### **Противопоказание**

непереносимость вводимого лекарственного препарата

## **Оснащение**

стерильный шприц с иглой емкостью 5-10 мл,

- пять ватных шариков, смоченных 70% спиртом,
- два лотка с маркировками «Для стерильного материала» и «Для использованных инструментов».

## **Места внутримышечных инъекций (в/м)**

Для внутримышечной инъекции выбирают области, где нет крупных сосудов, нервов, а мышцы наиболее развиты и нет опасности попасть в кость. Это верхний *наружный квадрант ягодичцы, передняя наружная поверхность бедра*

## **Последовательность действий**

1. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры и получить его согласие.
2. Вымыть и осушить руки.
3. Надеть перчатки.
4. Первым шариком обрабатывают перчатки (убрать с них тальк).
5. Собрать шприц по алгоритму.
6. Вторым шариком обработать шейку ампулы, вскрыть и набрать 0,5 мл препарата из ампулы по алгоритму.
7. Третьим шариком протереть кожу в месте пункции площадью 15 на 15 см.
8. Четвертым шариком повторно протереть руки в перчатках.
9. Лево́й рукой растянуть кожу в месте инъекции и ввести в/м 2/3 иглы под прямым углом.
10. Проверить, не попала ли игла в сосуд. Для этого потянуть поршень на себя.
11. Если в сосуде нет крови, лекарство можно вводить.
12. Не перекаldывая шприц в другую руку, ввести лекарство.
13. Лево́й рукой взять с лотка пятый шарик, приложить его к месту инъекции и быстро извлечь иглу.
14. Сделать точечный массаж для равномерного распределения препарата под кожей, оставить шарик на месте инъекции на 2-3 минуты.
15. Окончание процедуры: шарики и шприц замочить в дезраствор в разные емкости, продезинфицировать перчатки, снять их и поместить в дезраствор, вымыть и осушить руки.

## **Осложнения**

инфильтрат, абсцесс, аллергическая реакция, слом иглы, перерастяжение мышц большим количеством лекарства.

## **Внутривенное струйное введение лекарственных препаратов (венепункция)**

### **Цель**

Введение лекарства или извлечение крови из вены.

### **Показание**

Необходимость быстрого воздействия лекарственного препарата.

### **Противопоказание**

Аллергическая реакция на вводимое лекарственное средство.

### **Оснащение**

- стерильный шприц с иглой емкостью 10-20 мл,
- пять ватных шариков, смоченных 70% спиртом,
- два лотка с маркировками «Для стерильного материала» и «Для использованных инструментов»,
- жгут, валик, клеенка.

### **Места внутривенных инъекций (в/в)**

- вены локтевого сгиба,
- вены предплечья,
- вены кисти,
- вены височной области (у детей).

### **Последовательность действий**

1. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры и получить его согласие
2. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.
3. Первым шариком обработать перчатки (убрать с них тальк).
4. Собрать шприц по алгоритму, иглу закрыть колпачком.
5. Вторым шариком обработать шейку ампулы, вскрыть и набрать необходимое количество препарата из ампулы по алгоритму, иглу закрыть колпачком.
6. Усадить пациента, под локоть подложить клеенку и клеенчатый валик (по душечку) для максимального разгибания локтевого сустава.

7. На плечо наложить жгут на 10 см. выше локтевого сгиба, используя одежду пациента или салфетку.
8. Третьим шариком протереть кожу локтевого сгиба на площади 15 на 15 см. от периферии к центру (по ходу движения венозной крови).
9. Одновременно с этим попросить пациента несколько раз сжать и разжать кулак для лучшего наполнения вены (можно помассировать предплечье поглаживанием от кисти к локтю).
10. Четвертым шариком повторно протереть руки в перчатках.
11. Взять шприц в правую руку, проверить проходимость иглы и вытеснить воздух из шприца.
12. Попросить пациента сжать кулак.
13. Большим пальцем левой руки натянуть кожу и зафиксировать вену, остальные пальцы при этом должны располагаться снизу, обхватив предплечье.
14. Держа шприц срезом иглы вверх параллельно намеченной вене и под острым углом проколоть кожу, а затем проколоть вену. При этом создается ощущение попадания в пустоту.
15. Потянуть поршень на себя и если игла в вене в шприце должна появиться кровь.
16. Развязать жгут, потянув его за один конец.
17. Попросить пациента разжать кулак.
18. Повторно потянуть поршень на себя, чтобы убедиться, что игла осталась в вене (в шприц должна поступать кровь).
19. Медленно ввести лекарство, оставив в шприце 1-2 мл раствора, чтобы не попал воздух.
20. Пятым шариком прижать место пункции, удалить иглу и попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе.
21. Через 5 минут ватный шарик у пациента забрать.
22. Окончание процедуры: шарики и шприц замочить в дезраствор в разные емкости, протереть ветошью, смоченной дезраствором, валик, жгут и клеенку дважды с интервалом 15 минут, ветошь поместить в емкость с дезраствором, продезинфицировать перчатки, снять их и поместить в дезраствор, вымыть и осушить руки.

### **Осложнения**

- воздушная эмболия,

- гематома,
- инфильтрат, сепсис,
- аллергическая реакция, флебиты.

### **Взятие крови из периферической вены**

#### **Цель**

биохимическое исследование крови.

#### **Показания**

назначение врача.

#### **Оснащение**

- мыло,
- индивидуальное полотенце,
- стерильные маска и перчатки,
- стерильные лотки,
- ватные шарики в 70% спирте,
- стерильный одноразовый шприц объемом 5 мл,
- клеенчатая подушка,
- жгут,
- чистая ветошь,
- емкости с дезраствором – 5,
- фантом для инъекции,
- сухие чистые пробирки в штативе,
- бланк направления на исследование.

#### **Последовательность действий**

1. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей манипуляции и получить его согласие.
2. Помочь пациенту занять удобное положение, освободить руку от одежды.
3. Вымыть руки с мылом, осушить их индивидуальным полотенцем.
4. Обработать руки ватными шариками, смоченными в 70%-ном спирте; шарики поместить в лоток для отработанного материала. Надеть стерильную маску и перчатки.
5. Приготовить необходимое оснащение.
6. Положить клеенчатую подушечку под локоть пациента.
7. Положить салфетку на среднюю треть плеча и наложить резиновый жгут.

8. Осмотреть место пункции.
9. Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кулак.
10. Обработать перчатки ватными шариками, смоченными в 70% спирте, сбросить их в лоток для отработанного материала.
11. Попросить пациента зажать кулак, пропальпировать вену.
12. Первым ватным шариком широко обработать внутреннюю область локтевого сгиба движениями снизу вверх.
13. Шарик сбросить в лоток для отработанного материала.
14. Вторым ватным шариком обработать внутреннюю область локтевого сгиба снизу вверх.
15. Сбросить шарик в лоток для отработанного материала.
16. Обработать место пункции третьим ватным шариком, сбросить его в лоток для отработанного материала.
17. Зафиксировать вену большим пальцем левой руки, проколоть кожу, ввести в вену иглу Дюфо или иглу для в/в инъекции, соединенной со шприцом объемом 5 мл.
18. Набрать 5 мл крови из вены.
19. Снять жгут, попросить пациента разжать кулак  
Приложить к месту инъекции ватный шарик, смоченный в 70%-ном спирте, извлечь иглу.
20. Попросить пациента согнуть руку в локтевом сгибе на 1—2 минуты.
21. Спросить пациента о самочувствии.
22. Забрать ватный шарик и поместить его в емкость с дезраствором.
23. Осторожно вылить кровь из шприца в сухую чистую пробирку в штативе.
24. Окончание процедуры: шарики и шприц замочить в дезраствор в разные емкости, протереть ветошью, смоченной дезраствором, валик, жгут и клеенку дважды с интервалом 15 минут, ветошь поместить в емкость с дезраствором, продезинфицировать перчатки, снять их и поместить в дезраствор, вымыть и осушить руки, оформить направление, поместить пробирку с кровью в специальный контейнер и доставить в клиническую лабораторию.



## **Техника выполнения внутривенного капельного вливания**

### **Цель**

Введение в кровеносное русло с лечебной целью большого количества жидкости.

### **Показания**

- интоксикация,
- обезвоживание,
- кровопотеря,

### **Противопоказания**

Аллергическая реакция на вводимое лекарственное средство.

### **Оснащение**

- стерильная одноразовая система,
- лекарственный раствор по назначению врача,
- штатив для системы,
- валик, жгут, клеенка,
- спирт 70 градусный,
- пять ватных шариков,
- две полоски лейкопластыря,
- две стерильные салфетки,
- два лотка с маркировками «Для стерильного материала» и «Для использованных инструментов».

### **Последовательность действий**

1. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры и получить его согласие.
2. Предложить сходить в туалет, т.к. процедура длительная.
3. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.
4. Обработать флакон с лекарством по алгоритму.
5. Взять стерильную упаковку с одноразовой системой, проверить герметичность, наличие колпачков на иглах, срок годности.
6. Вскрыть упаковочный пакет, достать пинцетом систему и положить ее в стерильный лоток с маркировкой «Для стерильного материала».
7. Взять воздуховод, снять с иглы колпачок и ввести ее до упора в пробку флакона, свободный конец закрепить аптечной резинкой на уровне дна флакона.

8. Колпачок положит в лоток с маркировкой «Для использованных инструментов».
9. Взять систему, закрыть зажим, снять с иглы на коротком конце системы колпачок и ввести ее в пробку флакона. Колпачок положит в лоток с маркировкой «Для использованных инструментов».
10. Перевернуть флакон и закрепить его на штативе.
11. Заполнить капельницу до половины, сжимая ее пальцами (фильтр капельницы должен быть полностью погружен в раствор).
12. Снять с системы иглу с колпачком для пункции вены и положить ее в стерильный лоток.
13. Открыть зажим, заполнить систему и вытеснить воздух.
14. Убедиться в отсутствии в системе воздуха.
15. Надеть на канюлю иглу с колпачком и повесить систему на штативе.
16. Положить в стерильный лоток ватные шарики, стерильную салфетку.
17. На штатив приклеить две полоски лейкопластыря.
18. Придать пациенту удобное положение лежа на спине, под руку можно подложить подушку.
19. Под локоть подложить клеенку и клеенчатый валик для максимального разгибания локтевого сустава.
20. На плечо наложить жгут на 10 см. выше локтевого сгиба, используя одежду пациента или салфетку.
21. Третьим шариком протереть кожу локтевого сгиба на площади 15 на 15 см. от периферии к центру (по ходу движения венозной крови);
22. Одновременно с этим попросить пациента несколько раз сжать и разжать кулак для лучшего наполнения вены (можно помассировать предплечье поглаживанием от кисти к локтю);
23. Четвертым шариком повторно протереть руки в перчатках;
24. Взять иглу в правую руку, снять колпачок. Колпачок положит в лоток с маркировкой «Для использованных инструментов»;
25. Попросить пациента сжать кулак;

26. Большим пальцем левой руки натянуть кожу и зафиксировать вену, остальные пальцы при этом должны располагаться снизу, обхватив предплечье;
27. Держа иглу срезом вверх параллельно намеченной вене и под острым углом проколоть кожу, а затем сбоку проколоть вену. При этом создается ощущение попадания в пустоту. Из иглы пойдет кровь.
28. Развязать жгут.
29. Под муфту иглы подложить стерильную салфетку (для впитывания крови).
30. Взять систему, открыть зажим, чтобы на конце канюли появился раствор, пережать трубку пальцами и присоединить ее к игле, введенной в вену («струя в струю»).
31. Закрепить резиновую трубку системы к коже выше канюли двумя лейкопластырями.
32. Отрегулировать количество капель (40-60 в минуту).
33. Место пункции закрыть стерильной салфеткой;
34. Во время вливания следить за состоянием пациента, за иглой, за количеством капель.
35. На дне флакона раствор должен остаться в таком количестве, чтобы иглы были им закрыты.
36. Закрыть зажим;
37. Убрать салфетку, пластырь.
38. Пятым шариком прижать место пункции, удалить иглу вместе с системой и попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе.
39. Через 5 минут ватный шарик у пациента забрать.
40. Рекомендовать пациенту находиться в постели около 2-х часов.
41. Окончание процедуры: погрузить систему в емкость с дезраствором, разрезать ее ножницами на фрагменты по 10 см. (экспозиция 60 мин.), шарики замочить в дезрастворе в разные емкости, протереть ветошью, смоченной дезраствором, валик, жгут и клеенку дважды с интервалом 15 минут, ветошь поместить в емкость с дезраствором, продезинфицировать перчатки, снять их и поместить в дезраствор, вымыть и осушить руки.

## **Осложнения**

- воздушная эмболия,
- гематома,
- сепсис,
- флебит, аллергическая реакция.

## Исследование пульса, регистрация

**Пульс** – это ритмичные колебания стенки артерии, обусловленные выбросом крови в артериальную систему.

Виды пульса:

1. Центральный (на аорте и сонных артериях);
2. Периферический - на лучевой артерии (в диагностических целях периферический пульс определяют на височной, бедренной, плечевой, подколенной, задней большеберцовой, тыльной артерии стопы).

Характеристика пульса:

**1. Ритм пульса.** Он определяется по интервалам между пульсовыми волнами.

Оценка ритма:

- пульс ритмичный, если интервалы между соседними волнами одинаковые,
- пульс аритмичный (неритмичный), если интервалы между соседними волнами разные,

**2. Частота пульса** – это количество пульсовых волн в минуту.

Оценка частоты:

В норме частота пульса 60-80 в минуту (краткая запись:

$P = 60-80$  в минуту).

Если частота пульса меньше 60 в минуту – это брадикардия.

Если частота пульса больше 80 в минуту – это тахикардия.

**3. Наполнение пульса.** Оно определяется по высоте пульсовой волны. Его оценивают одновременно с подсчетом частоты пульса.

Оценка наполнения пульса:

- полный, если пульсовая волна пальпируется хорошо,
- пустой, если пульсовая волна пальпируется слабо.

**4. Напряжение пульса.** Оно определяется по той силе, которую надо приложить для того, чтобы пережать артерию и зависит от величины артериального давления (АД).

Оценка напряжения:

- пульс умеренного напряжения (удовлетворительного), если для сдавления артерии потребовалось умеренное усилие (при нормальном АД);
- пульс напряжен, если для сдавления артерии потребовалось сильное надавливание (при высоком АД);
- пульс мягкий, если артерия пережата без усилий (при низком АД).

Регистрация пульса:

1. Цифровая. Используется для записи в медицинской документации.

Например: Краткая запись: Р = 68 в минуту,

Полная запись: Р – 68 в минуту, ритмичный, полный, умеренного напряжения.

2. Графическая. Используется для записи в температурный лист. Перед регистрацией пульса, надо определить цену деления шкалы.

**Запомни!**

- шкала пульса находится в температурном листе с пометкой «П»;
- график рисуется красным цветом.

## **Измерение артериального давления, регистрация результатов**

*Артериальное давление (АД)* – это давление крови на стенки артерий.

Для измерения АД используется тонометр (синонимы: аппарат Рива-Роччи, аппарат Короткова, сфигмоманометр).

**Виды артериального давления:**

1. Систолическое (максимальное) – возникает в артериях после систолы желудочков. Его *нормальные показатели 100-139 мм.рт.ст.* (миллиметров ртутного столба);
2. Диастолическое (минимальное) – поддерживается в артериях в диастолу желудочков. Его *нормальные показатели 60-89 мм рт.ст.* (миллиметров ртутного столба);
3. Пульсовое – это разница между систолическим и диастолическим давлением.

### **Правила измерения артериального давления:**

1. Артериальное давление измеряется после 5-10 минутного отдыха.
2. Измеряется на обеих руках по два раза с интервалом 5 минут. При этом воздух из манжетки вытесняется каждый раз полностью.
3. Манжетка накладывается на 2-3 см. выше локтевого сгиба, плотно, но не туго.
4. Воздух в манжетку нагнетается до исчезновения тонов (удара), после этого еще нагнетается на 20 мм.рт.ст.
5. Воздух из манжетки вытесняется медленно.
6. Появление над плечевой артерией первых тонов отмечается как систолическое давление.
7. Полное исчезновение тонов над плечевой артерией отмечается как диастолическое давление.

### **Оценка артериального давления:**

- нормальное ( АД= 100-139/60-89 мм.рт.ст.),
- артериальная гипертония (гипертензия) – повышенное АД,
- артериальная гипотония (гипотензия) - пониженное АД.

### **Регистрация артериального давления:**

- Цифровая запись. Используется для регистрации показателей в медицинской документации в виде дроби: в числителе – систолическое давление, в знаменателе – диастолическое. Например: АД = 125/85 мм.рт.ст.
- Графическая запись. Используется для записи в температурный лист в виде столбика. Перед регистрацией, надо определить цену деления шкалы в графе «АД».

### **Запомни!**

- в норме артериальное давление 100 – 139/ 60-89 миллиметров ртутного столба (краткая запись: АД= 100-139/ 60-89 мм.рт.ст.);
- утром АД ниже, а вечером выше,
- с возрастом АД повышается.

## **Измерение роста**

### **Цель**

Диагностическая

### **Показания**

Измерение роста

### **Оснащение**

- ростомер,
- продезинфицированная клеенка 30 на 30 см,
- перчатки,
- дезредство,

### **Последовательность действий**

1. Установить доверительное отношение с пациентом и получить его согласие.
2. Вымыть руки, надеть перчатки.
3. Застелить клеенку на площадку ростомера.
4. Встать сбоку от ростомера и поднять планку выше предполагаемого роста пациента.
5. Предложить пациенту встать на площадку ростомера на клеенку спиной к стойке так, чтобы касаться ростомера затылком, лопатками, ягодицами, пятками (при измерении роста в положении сидя - пациента усадить на скамейку ростомера спиной к стойке так, чтобы он касался ее затылком, лопатками и крестцом).
6. Опустить планку ростомера на голову пациента.
7. Предложить пациенту сойти с площадки ростомера.
8. По нижнему краю планки определить рост.
9. Результат записать. Например:  $L = 164$  см.
10. Сообщить пациенту о результатах измерения.
11. Окончание процедуры: убрать клеенку, протереть ее двукратно 3% раствором хлорамина с 0,5% раствором моющего средства двукратно с интервалом 15 минут, снять перчатки, вымыть и осушить руки.

## **Определение массы тела**

### **Цель**

Оценка физического развития пациента.

### **Показания**

Первичный осмотр пациента; динамическое наблюдение

- мыло,
- индивидуальное полотенце,
- весы медицинские,
- бумажная салфетка одноразового использования,
- перчатки резиновые стерильные,
- ветошь,
- емкости с дезраствором – 2,
- температурный лист,
- ручка,
- урна.

### **Последовательность действий**

1. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей манипуляции, получить его согласие.
2. Подготовить необходимое оснащение; установить весы на ровной устойчивой поверхности, проверить, закрыты ли затвор весов .
3. Вымыть руки с мылом, осушить индивидуальным полотенцем, одеть перчатки.
4. Постелить на площадку весов бумажную салфетку одноразового применения.
5. Установить гири на нулевые деления.
6. Открыть затвор.
7. Уравновесить весы с помощью вращения противовеса (уровень коромысла должен совпадать с контрольным пунктом).
8. Закрыть затвор и предложить пациенту встать на площадку весов.
9. Открыть затвор и передвигать гири на планках коромысла весов влево до тех пор, пока оно не станет вровень с контрольным пунктом.
10. Закрыть затвор; предложить пациенту осторожно сойти с весов. Сообщить ему результат.
11. Окончание процедуры: убрать салфетку с площадки весов в урну; обработать площадку ветошью, смоченной в дезрастворе, ветошь поместить в емкость с дезраствором, снять перчатки, вымыть и осушить руки, записать результат в индивидуальный температурный лист.



## **Термометрия общая**

**Термометрия** – это измерение температуры тела. В норме температура тела равна 36-37 градусов.

### **Цель**

диагностическая

### **Порядок измерения температуры тела в стационаре**

В стационаре температуру тела измеряют 2 раза в день

- утром после сна и натощак (7-9 часов),
- вечером перед ужином (17-19 часов),
- иногда по назначению врача назначают трехчасовую термометрию (через каждые три часа) – это называется измерение профиля температуры.

### **Места измерения температуры**

- подмышечная впадина;
- ротовая полость (при травме грудной клетки),
- прямая кишка (в гинекологии),
- влагалище (в гинекологии),
- паховая складка (у детей),

### **Последовательность действий**

1. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры и получить его согласие;
2. Вымыть и осушить руки;
3. Стряхнуть ртутный столбик до отметки ниже 35 градусов;
4. Вытереть подмышечную впадину и поставить термометр узким концом;
5. Оставить термометр на 10 минут;
6. Извлечь термометр, снять с него показания (регистрация).

### **Виды регистрации температуры тела**

1. Цифровой записи:  $T = 36,6$ ;
2. Графическая (в температурном листе в виде графика).

### **Обработка и хранение термометров**

После использования термометры:

- продезинфицировать методом полного погружения в сосуд, дно которого выстлано марлей, экспозиция зависит от дезинfectанта,
- промыть под проточной водой,

- высушить и хранить сухим.

## **Применение пузыря со льдом**

### **Цель**

Вызвать рефлекторное сужение кровеносных сосудов для получения кровоостанавливающего, болеутоляющего и противовоспалительного эффекта.

### **Показания**

- первые сутки после ушиба,
- острые воспалительные процессы,
- кровотечение,
- лихорадка (второй период),
- боли в животе,
- послеоперационный период,
- укусы насекомых.

### **Противопоказание**

- боли в животе спастического характера,
- общее переохлаждение,
- коллапс,
- шок.

### **Оснащение**

- пузырь для льда,
- лед,
- полотенце.

### **Последовательность действий**

1. Объяснить пациенту суть процедуры.
2. Получить согласие пациента.
3. Заполнить пузырь кусочками льда на  $\frac{1}{2}$  объема.
4. Вытеснить воздух.
5. Закрыть пробку.
6. Завернуть пузырь в пеленку и подать пациенту.
7. По мере таяния льда в пузыре воду сливать и подкладывать новые кусочки льда.
8. По окончании пузыря со льдом убрать, вылить воду и удалить остатки льда.
9. Полотенце поместить в мешок для грязного белья.

**Запомни!** Держать пузырь на области живота по 20–30 минут с перерывами 10-15 минут. Над областью головы пузырь подвешивают на 5 минут с интервалом 5 минут.

11. После применения пузырь продезинфицировать двукратным протиранием дезинфектантом (согласно инструкции) с интервалом 15 минут, промыть водой и высушить.

### **Примечание**

1. Нельзя в пузыре замораживать воду, т.к. большая площадь льда может быть причиной отморожения.
2. При головной боли нельзя класть пузырь на лоб, его подвешивают над головой, привязав к спинке кровати (профилактика переохлаждения).
3. Общее воздействие холода не должно превышать 2 часов с учетом интервалов!!!

### **Применение грелки**

#### **Цель**

Рефлекторное расслабление гладкой мускулатуры внутренних органов, усилить кровенаполнение внутренних органов, болеутоляющее и рассасывающее действие, согревание.

#### **Показания**

- боли спастического характера,
- переохлаждение,
- лихорадка в первом и третьем периоде,
- гипертоническая болезнь (к икроножным мышцам),
- постинъекционные инфильтраты,
- на 2-3 сутки после ушиба.

#### **Противопоказания**

- первые сутки после ушиба,
- острые воспалительные процессы,
- повреждения кожи,
- кровотечения, новообразования,
- лихорадка.

#### **Оснащение**

- грелка,
- вода (Т= 60-70 градусов),
- полотенце (пеленка).

#### **Последовательность действий**

1. Объяснить пациенту суть процедуры.
2. Получить согласие пациента.
3. Грелку наполнить горячей водой на 2/3 объема.
4. Вытеснить воздух, закрыть крышку.
5. Перевернуть грелку пробкой вниз и встряхнуть несколько раз (проверить на герметичность и прочность резины).
6. Обернуть грелку полотенцем и подать пациенту.
7. После окончания процедуры убрать грелку, вылить воду.
8. Пеленку поместить в мешок для грязного белья.
9. Обработать грелку ветошью, смоченной в дезрастворе, двукратно с интервалом 15 минут.
10. Ветошь пометить в емкость с дезраствором.
11. Снять перчатки, поместить в емкость с дезраствором.
12. Руки вымыть и осушить их индивидуальным полотенцем.

### **Применение согревающего компресса**

#### **Цель**

Оказывает отвлекающее и рассасывающее действие.

#### **Показания**

- постинъекционные инфильтраты,
- подкожные кровоизлияния (гематомы),
- воспалительные заболевания подкожной клетчатки,
- боль суставная и мышечная.

#### **Противопоказания**

- нарушение целостности кожи (в месте постановки компресса),
- гнойничковые заболевания кожи (в месте постановки компресса),
- лихорадка,
- злокачественные заболевания,

#### **Оснащение**

- салфетка (6-8 слоев),
- компрессная бумага (клеенка, полиэтилен),
- вода комнатной температуры или другое средство (спирт 20-40%, слабый раствор уксуса, масло жидкое),
- бинт,

- лоток,
- перчатки.

### **Последовательность действий**

1. Объяснить пациенту суть процедуры.
2. Получить согласие пациента.
3. Надеть перчатки.
4. Налить воду или другое средство в лоток.
5. Смочить салфетку, отжать (чтобы жидкость не стекала) и приложить к больному месту.
6. Поверх салфетки положить компрессную бумагу (она изолирует салфетку от ваты и не дает вате намокнуть).
7. Поверх бумаги положить вату (для согревания).
8. Компресс прочно зафиксировать бинтом так, чтобы не было видно ни одного предыдущего слоя.
9. Через 1-1,5 часа проверить правильность наложения компресса, подсунув палец под повязку. При правильном наложении компресса внутренний слой должен быть влажным и теплым.
10. Компресс накладывается на 6-8 часов (иногда до 10 часов). Спиртовой компресс надо менять каждые 4-6 часов (он быстро высыхает).

**Запомни!** Чтобы избежать быстрого высыхания салфетки, каждый последующий слой должен быть больше предыдущего на 2 сантиметра.

11. Снять компресс.
12. Обмыть кожу теплой водой и протереть насухо.
13. При необходимости наложить сухую повязку.

## **Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольных**

### **Цель**

Гигиеническая

### **Показания**

- подмывают всех, кто находится на постельном и строгом постельном режиме (утром, на ночь и после каждого опорожнения мочевого пузыря и кишечника),

- подготовка к взятию мочи на исследование,
- катетеризация мочевого пузыря,
- перед гинекологическими манипуляциями.

### **Оснащение**

- клеенка,
- судно,
- кувшин с маркировкой «Для подмывания» (или кружка Эсмарха),
- вода температурой 35-38 градусов,
- антисептик (раствор калия перманганата 5%, раствор фурацилина 1:5000),
- корнцанг,
- ватные тампоны (2-3),
- ширма.

### **Последовательность действий**

1. Вымыть и осушить руки.
2. Надеть перчатки.
3. Приготовить оснащение.
4. Сообщить пациенту цель и ход предстоящей процедуры.
5. Получить согласие пациента.
6. Отгородить пациента ширмой (при необходимости).
7. Налить в кувшин воду с добавлением 5% калия перманганата до слабо розового цвета.
8. Попросить пациента лечь на спину, согнуть ноги в коленях и развести их;
9. Подстелить клеенку, поставить судно.
10. В правую руку взять корнцанг, закрепить на нем ватный тампон так, чтобы его острые края были закрыты ватой со всех сторон.
11. Поливая из кувшина обмыть промежность движением сверху вниз в следующей последовательности: малые половые губы, большие половые губы, паховые складки, область лона, анальное отверстие.
12. Сменить на корнцанге ватный тампон и произвести высушивание в той же последовательности.
13. Убрать судно и клеенку.
14. Помочь пациенту принять удобное положение.

15. Убрать ширму.
16. Судно продезинфицировать, промыть, высушить и поставить на стеллаж или под кровать пациента.
17. Снять перчатки, вымыть и осушить руки индивидуальным полотенцем.

### **Уход за полостью рта тяжелобольных**

#### **Цель**

Гигиеническая

#### **Показания**

Уход за тяжелобольными

#### **Противопоказаний**

Нет

#### **Оснащение**

- раствор антисептика,
- два лотка,
- два шпателя,
- стерильные ватные шарики и салфетки,
- пинцет,
- клеенка (полотенце),
- перчатки,
- вазелин

#### **Последовательность действий**

1. Вымыть руки, надеть перчатки.
2. Приготовить оснащение.
3. Сообщить цель предстоящей процедуры и получить согласие.
4. Усадить пациента.
5. На грудь клеенку (полотенце).
6. Под подбородок подставить лоток.
7. Попросить пациента широко открыть рот и высунуть язык.
8. Взять пинцетом шарик, смоченный антисептиком, и осторожно снять налет с языка, меняя при этом шарики.
9. Затем протереть зубы с наружной и внутренней стороны, обнажая зубы шпателем.
10. Предложить пациенту прополоскать рот.
11. Высушить кожу вокруг рта полотенцем.

12. Смазать губы вазелином (детским кремом, гигиенической помадой).
13. Снять перчатки, вымыть и осушить руки.

### **Укладывание пациента на спину** (перемещение тяжелобольных в постели)

#### **Цель**

Создание комфортного положения в постели.

#### **Показание**

Пассивное и вынужденное положение пациента, профилактика пролежней.

#### **Оснащение**

- мыло,
- индивидуальное полотенце,
- функциональная кровать,
- полотенце,
- валики -4,
- небольшие подушки – 2,
- подушка,
- валики для кисти – 2,
- упор для ног.

#### **Последовательность действий**

1. Установить доверительные отношения с пациентом. Оценить состояние пациента, возможность помощи с его стороны в перемещении.
2. Вымыть руки и осушить их индивидуальным полотенцем.
3. Приготовить необходимое оснащение.
4. Придать пациенту горизонтальное положение в постели.
5. Подложить пациенту под поясничную область небольшое свернутое трубкой полотенце.
6. Положить небольшую подушку под верхнюю часть плеч, под голову пациента.
7. Подложить валики вдоль наружной поверхности бедра, начиная от области вертела бедренной кости.
8. Подложить небольшую подушку или валик в области ниж-



- ней трети голени.
9. Обеспечить упор для стоп под углом 90 градусов.
  10. Повернуть руки пациента ладонями вниз и расположить их параллельно туловищу, подложив под предплечья небольшие подушечки. Вложить в руки пациента валики для кисти.
  11. Убедиться, что пациент лежит удобно.
  12. Вымыть руки с мылом, осушить их индивидуальным полотенцем.

### **Укладывание пациента на живот** (перемещение тяжелобольных в постели)

#### **Цель**

- создание комфортного положения в постели.

#### **Показание**

- пассивное и вынужденное положение пациента, профилактика пролежней.

#### **Оснащение**

- мыло,
- индивидуальное полотенце,
- функциональная кровать,
- небольшие подушки – 8,
- подушки - 2.

#### **Последовательность действий**

1. Установить доверительные отношения с пациентом.
2. Оценить состояние пациента, возможность помощи с его стороны в перемещении.
3. Вымыть руки и осушить их индивидуальным полотенцем.
4. Приготовить необходимое оснащение.
5. Перевести кровать в горизонтальное положение .
6. Убрать подушку из-под головы пациента .
7. Разогнуть руку пациента в локтевом суставе, расположить ее параллельно туловищу по всей длине и, положив кисть пациента под бедро, «перевалить» пациента через руку на живот.
8. Передвинуть тело пациента на середину кровати.
9. Повернуть голову пациента на бок и подложить под нее низкую подушку.
10. Подложить небольшую подушку под живот чуть ниже уровня диафрагмы.

11. Согнуть руки пациента в плечах, поднять их вверх так, чтобы кисти располагались рядом с головой.
12. Подложить небольшие подушки под локти, предплечья и кисти.
13. Подложить под стопы подушки.
14. Убедиться, что пациент лежит удобно.
15. Вымыть руки с мылом и осушить их индивидуальным полотенцем.

### **Укладывание пациента на бок** (перемещение тяжелобольных в постели)

#### **Цель**

- создание комфортного положения в постели.

#### **Показание**

- пассивное и вынужденное положение пациента в постели, профилактика пролежней.

#### **Оснащение**

- мыло,
- индивидуальное полотенце,
- функциональная кровать,
- подушки-3,
- упор для ног.

#### **Последовательность действий**

1. Установить доверительные отношения с пациентом. Оценить состояние пациента, возможность помощи с его стороны.
2. Вымыть руки и осушить их индивидуальным полотенцем.
3. Приготовить необходимое оснащение.
4. Опустить изголовье кровати.
5. Передвинуть пациента, находящегося в положении «лежа на спине», ближе к краю кровати.
6. При повороте на правый бок пациента согнуть левую, если вы хотите повернуть пациента на правый бок, ногу пациента в коленном суставе, подсунув левую стопу в правую подколенную впадину.
7. Положить одну руку на бедро пациента, другую - на плечо и повернуть пациента на себя.
8. Подложить подушку под голову пациента.
9. Придать обеим рукам пациента слегка согнутое положение,

- при этом рука, находящаяся сверху, лежит на уровне плеча и головы.
10. Рука, находящаяся снизу, лежит на подушке рядом с головой.
  11. Подложить под спину пациента сложенную подушку, слегка подсунув ее ровным краем.
  12. Поместить подушку (от паховой области до стопы) под слегка согнутую «верхнюю» ногу пациента.
  13. Подставить упор для стопы.
  14. Убедиться, что пациент лежит удобно.
  15. Вымыть руки с мылом, осушить их индивидуальным полотенцем.

### **Размещение пациента в положение Фаулера**

#### **Цель**

Создание комфортного положения в постели.

#### **Показания**

- риск развития пролежней,
- необходимость физиологических отпавлений в постели;

#### **Последовательность действий**

1. Убедиться, что пациент лежит на спине посередине кровати; Убрать подушку;
2. Поднять изголовье кровати под углом 45-60 градусов (90 градусов - высокое фаулеровское положение, 30 градусов - низкое) или подложить 3 подушки;
3. Подложить подушку или сложенное одеяло под голени;
4. Подложить подушку под предплечье и кисти (если пациент не может самостоятельно двигать руками). Предплечья при этом должны быть приподняты и расположены ладонями вниз;
5. Подложить подушку под поясницу;
6. Подложить подушку или валик под голени;
7. Подложить небольшую подушку под пятки;
8. Обеспечить упор 90 градусов под пятки;

### **Размещение в положение Симпса**

*(выполняется двумя медицинскими сестрами)*

## **Цель**

Создание комфортного положения в постели.

## **Показания**

Риск развития пролежней,

## **Последовательность действий**

1. Убедиться, что пациент лежит на спине посередине кровати.
2. Убрать подушку.
3. Перевести изголовье функциональной кровати в горизонтальное положение.
4. Переместить пациента к краю кровати.
5. Переместить пациента в положение лежа на боку и частично на животе.
6. Подложить подушку под голову.
7. Под согнутую, находящуюся сверху руку, поместить подушку на уровне плеча.
8. Другую руку пациента положить на простыню.
9. Под согнутую «верхнюю ногу подложить подушку так, чтобы она оказалась на уровне бедра.
10. У подошвы стопы подложить мешочек с песком.
11. Убедиться, что пациент лежит удобно.
12. Вымыть руки и осушить.

## **Предстерилизационная обработка медицинского инструментария**

Предметы медицинского назначения после использования (согласно ОСТу 42-21-2-85) подвергаются обработке, которая состоит из 3 этапов:

1. Дезинфекция,
2. Предстерилизационная очистка (ПО),
3. Стерилизация.

### **Дезинфекция**

1. Все инструменты медицинского назначения многократного использования замачиваются в 3% растворе хлорамина (а одноразового в 5%) на один час или в любом другом дезинфектанте согласно инструкции;
2. Изделия промываются под проточной водой до исчезновения запаха хлорамина (по 30 секунд каждое);

**Примечание:** дезраствор должен применяться однократно.

### **Предстерилизационная очистка (ПО);**

Предстерилизационной очистке подвергаются все изделия перед стерилизацией.

#### **Цель**

Удалить белковые, жировые, механические загрязнения и лекарственные препараты.

#### **Последовательность действий**

1. Изделия после дезинфекции в разобранном виде погрузить в моющий раствор на 15 минут при температуре 50-55 градусов. Промыть каждое изделие в моющем растворе ершом или ватно-марлевым тампоном (по 30 секунд).
2. Изделия ополоснуть под проточной водой (3-10 мин.).
3. Ополоснуть в дисциллированной воде (30 сек.).
4. Высушить в сушильном шкафу при температуре 85 градусов до исчезновения влаги.
5. Провести контроль качества предстерилизационная обработка.

*Примечание:* При использовании моющего раствора, содержащего 0,5% раствор перекиси водорода и 0,5% синтетического моющего средства «Лотос», применяется ингибитор коррозии -0,14% олеат натрия (1,4 г на 1 л воды)

*Запомни!*

- допускается применение моющего раствора до появления розовой окраски, но не более суток,
- неизменный моющий раствор можно подогревать до 6 раз,
- раствор моющего средства «Биолот» используется однократно.

#### **Контроль качества предстерилизационной очистки.**

Качество предстерилизационной очистки контролируется при помощи индикаторных проб *на присутствие следов крови и остатков моющего вещества.*

##### *I. На присутствие следов крови*

- амидопириновая проба,
- азопирамовая проба.

##### *II. На присутствие моющего вещества*

- фенолфталеиновая проба.

## **Индикаторные пробы**

### **1. Амидопириновая проба**

#### **Цель**

Выявление следов крови на изделиях

*Приготовление реактивов для проведения проб:* смешать равные объемы 5% спиртового раствора амидопирина, 30% раствора уксусной кислоты, 3% раствора перекиси водорода.

Срок годности реактива в течение 2 часов с момента приготовления.

*Оценка пробы:* появляется в течение одной минуты сине-зеленое окрашивание.

### **2. Азопирамовая проба**

#### **Цель**

Выявление следов крови на изделиях, ржавчины

*Приготовление реактивов для проведения проб:* реактив азопирам: 100г амидопирина, 1 г солянокислого анилина заливается 95% этиловым спиртом до объема 1л.

Рабочий раствор: реактив азопирам смешивают в соотношении 1:1 с

3% перекисью водорода

Срок годности реактива 2 месяца в холодильнике.

*Оценка пробы:* на кровь- в течение 1 мин. появляется фиолетовое окрашивание, переходящего в розово-сиреневое. На ржавчину - буроватое окрашивание.

### **3. Фенолфталеиновая проба**

#### **Цель**

Наличие моющего средства

*Приготовление реактивов для проведения проб:* 1% спиртовый раствор фенолфталеина.

Срок годности реактива 2 часа с момента приготовления.

*Оценка пробы:* розовое окрашивание в течение 30 секунд.

#### **Примечание:**

- контролю подвергается 1% одновременно обработанного материала, но не менее 3 единиц,
- Роспотребнадзор проводит контроль ПО 1 раз в квартал,
- старшая медсестра отделения проводит самоконтроль 1 раз в неделю.

## **Кормление тяжелобольных**

### **Цель**

Питание пациента.

### **Показания**

Тяжелое состояние пациента, невозможность самообслуживания.

### **Противопоказания**

Нет

### **Оснащение**

- мыло,
- индивидуальное полотенце,
- стерильные перчатки и лоток,
- ветошь,
- чистая ложка или поильник,
- стакан с чистой водой,
- емкости с дезраствором – 2,

### **Перед кормлением необходимо:**

- закончить все лечебные процедуры, подать судно,
- убрать и проветрить палату,
- помочь вымыть руки,
- придать удобное положение, шею и грудь закрыть салфеткой (клеенкой),

### **Последовательность действий**

1. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей манипуляции, получить его согласие.
2. Подготовить необходимое оснащение.
3. Вымыть руки с мылом, осушить их индивидуальным полотенцем.
4. Надеть перчатки и протереть прикроватный столик ветошью, смоченной в дезрастворе.
5. Поместить ветошь в емкость с дезраствором.
6. Снять перчатки и поместить их в емкость с дезраствором.
7. Вымыть руки и осушить их индивидуальным полотенцем.
8. Сообщить пациенту, какое блюдо для него приготовлено, получить его согласие на прием пищи.
9. Сервировать столик.
10. Повернуть пациента на бок или придать ему положение Фаулера.

11. Накрыть полотенцем шею и грудь пациента.
12. Кормить пациента жидкой пищей, подогретой до 60 градусов.
13. с ложечки небольшими порциями или из поильника глотками(по 15 мл).
14. После кормления предложить пациенту прополоскать рот.
15. Убрать полотенце на спинку кровати.
16. Помочь пациенту принять удобное положение.
17. Убрать из палаты остатки пищи.
18. Вымыть руки и осушить их индивидуальным полотенцем.

### **Пролежни: профилактика, оценка степени риска и тяжести развития**

Пролежни – это язвенно-некротические изменения кожи, подкожной клетчатки и других мягких тканей, возникающие вследствие их длительного сдавления, нарушения местного кровообращения и нервной трофики.

#### **Цель**

Предупреждение образования пролежней.

#### **Показание**

Пассивное положение пациента.

**Оснащение:** Мыло, индивидуальное полотенце, вода, стерильные перчатки, стерильные салфетки, стерильный лоток, противопролежневый матрац, 10%-ный раствор камфорного спирта или 1%-ный р-р салицилового спирта, 1-2%-ный р-р танина в спирте, лоток для отработанного материала, емкость с дезраствором – 1,

#### **Последовательность действий**

1. Установить доверительные отношения с пациентом. Объяснить пациенту цель, ход процедуры, получить его согласие
2. Подготовить необходимое оснащение
3. Осматривать ежедневно кожу в местах возможного образования пролежней, менять мокрое белье
4. Устранять складки на постельном и нательном белье; стряхивать крошки с постели после кормления
5. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки
6. Менять положение пациента каждые 2 часа
7. Обмывать 2 раза в сутки (утром и вечером) места возможно-



- го образования пролежней теплой водой
8. Протереть салфеткой, смоченной в одном из растворов: 10%-ном растворе камфорного спирта, 0,5%-ном растворе нашатырного спирта, 1-2%-ном растворе танина в спирте, 1%-ном растворе салицилового спирта места возможного появления пролежней утром и вечером, одновременно делать легкий массаж
  9. Использовать противопролежневый матрац
  10. Положить ватно-марлевые круги под лопатки, затылок, пятки
  11. Поместить салфетку в лоток для отработанного материала утилизировать
  12. Обучить родственников мероприятиям по профилактике пролежней
  13. Снять перчатки и поместить в емкость с дезинфицирующим раствором
  14. Вымыть руки с мылом и осушить их индивидуальным полотенцем

**Примечание:** при появлении пролежней (покраснение кожи) 1-2 раза в сутки смазывать кожу 5-10%-ный раствором калия перманганата

### **Ингаляционный путь введения лекарств**

**Ингаляционный путь** – это введение лекарства через дыхательные пути.

**Ингаляционно вводят**

- газообразные вещества (закись азота, кислород),
- пары летучих жидкостей (эфир),
- аэрозоли,

**Преимущества ингаляционного пути введения**

- введение лекарства непосредственно в патологический очаг,
- не инактивируется в печени.

**Недостатки ингаляционного пути введения**

- при резко выраженном нарушении бронхиальной проходимости плохое проникновение лекарства непосредственно в очаг,
- раздражение слизистой оболочки дыхательных путей лекарственными препаратами. Лекарственные средства для инга-

ляции находятся во флаконе-ингаляторе введения аэрозоля – это взвесь в воздухе мельчайших частиц лекарственных растворов.

### **Виды ингаляторов**

- стационарные (большие),
- портативные (легкие переносные),
- карманные.

### **Правила пользования карманным ингалятором**

Ингалятор состоит:

- из баллончика, заполненным лекарственным аэрозолем,
- мундштука,
- защитного колпачка,

### **Последовательность действия**

1. Снять с баллончика защитный колпачок и повернуть его вверх дном, встряхнуть баллончик.
2. Сделать глубокий выдох.
3. Обхватить губами мундштук баллончика, голову слегка запрокинуть назад.
4. Сделать глубокий вдох и одновременно с началом вдоха нажать на дно баллончика. *Запомни* - одно нажатие – одна доза.
5. Задержать дыхание на 5-10 секунд;
6. Вынуть мундштук баллончика изо рта и сделать медленный выдох, надеть защитный колпачок.

## **Измерение частоты дыхательных движений**

### **Цель**

Динамическое наблюдение за частотой дыхания.

### **Показания**

Контроль за состоянием пациента,

### **Оснащение**

- мыло,
- индивидуальное полотенце,
- часы с секундомером,
- температурный лист,
- ручка,

### **Последовательность действий**

1. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей манипуляции и получить его согласие
2. Подготовить необходимое оснащение
3. Вымыть руки с мылом, осушить индивидуальным полотенцем
4. Взять пациента за руку, как для исследования пульса на лучевой артерии, что бы отвлечь его внимание; другую руку положить на грудь (при грудном типе дыхания) или на эпигастральную область (при брюшном типе дыхания)
5. Положить перед собой часы с секундомером
6. Подсчитать только число вдохов за минуту, следя за временем по часам
7. Записать данные в температурный лист
8. Вымыть руки с мылом и осушить их индивидуальным полотенцем

### **Сбор мокроты на общий клинический анализ**

#### **Цель**

Диагностическая.

#### **Показание**

Выявление патологических изменений.

#### **Оснащение**

- чистая широкогорлая емкость с крышкой,
- бланк направления в лабораторию,

### **Последовательность действий**

1. Установить доверительные отношения с пациентом
2. Объяснить цель и ход предстоящей процедуры, получить его согласие
3. Оформить направление
4. Приготовить лабораторную посуду
5. Информировать пациента о правилах сбора мокроты: почистить зубы и прополоскать водой, чтобы освободить полость рта от слюны; собрать мокроту утром до еды, т.к. примесь пищи мешает исследованию
6. Предложить пациенту откашлять и собрать мокроту в чистую банку в количестве 3-5 мл
7. Обеспечить контроль сбора мокроты пациентом

8. Прикрепить направление к емкости с мокротой и доставить в клиническую лабораторию в течение часа после сбора

### **Примечание**

В исключительных случаях мокроту можно хранить в холодильнике в течение нескольких часов при температуре 4°C.

## **Сбор мокроты на атипичные клетки**

### **Цель**

Диагностическая.

### **Показание**

Подозрение на онкологическое заболевания.

### **Оснащение**

- плевательница,
- бланк направления в лабораторию,

### **Последовательность действий**

1. Установить доверительные отношения с пациентом.
2. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры, получить его согласие.
3. Приготовить лабораторную посуду.
4. Оформить направление.
5. Информировать пациента о правилах подготовки к сбору мокроты: утром почистить зубы и прополоскать рот кипяченной водой.
6. Предложить пациенту откашлять и собрать мокроту в плевательницу.
7. Обеспечить контроль сбора мокроты пациентом.
8. Прикрепить направление и немедленно доставить в клиническую лабораторию емкость с мокротой.

## **Сбор мокроты на микробиологическое исследование**

### **Цель**

Диагностическая.

### **Показание**

Выявление патологической микрофлоры.

### **Оснащение**

- стерильная чашка Петри,

- бланк направления в клиническую лабораторию,

### **Необходимые условия**

Мокрота на исследование направляется до начала лечения антибиотиками.

### **Последовательность действий**

1. Установить доверительные отношения с пациентом.
2. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры, получить его согласие.
3. Оформить направление.
4. Приготовить стерильную чашку Петри.
5. Информировать пациента о правилах сбора мокроты:
  - почистить зубы, прополоскать рот антисептическим раствором (фурациллин), чтобы не высеять микробы из ротовой полости,
  - при сборе не касаться краев стерильной посуды губами и руками, что бы не растерилизовать ее,
  - собрать мокроту утром до еды, т.к. примесь пищи мешает исследованию,
  - закрыть крышку сразу после откашливания мокроты, чтобы не высеять микробы из окружающей среды.
6. Предложить пациенту откашлять и собрать мокроту в стерильную чашку Петри.
7. Обеспечить контроль сбора мокроты пациентом.
8. Прикрепить направление к емкости с мокротой и доставить в бактериологическую лабораторию в контейнере не позже 1-1,5 часа после сбора.

## **Сбор мочи на общий клинический анализ**

### **Цель**

Диагностическая.

### **Показание**

Выявление патологических изменений в моче.

### **Оснащение**

- чистая сухая емкость,
- кипяченая вода,
- мыло,
- гигиеническая салфетка,
- бланк направления,

## **Примечание**

При мочеиспускании первую струю выделить в унитаз, затем в емкость для сбора мочи и завершить мочеиспускание опять в унитаз.

### **Последовательность действий**

1. Установить доверительные отношения с пациентом
2. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры и получить его согласие, дать емкость
3. Обучить пациента проведению туалета наружных половых органов
4. Оформить направление на исследование
5. Предложить пациенту подмыться утром самостоятельно и собрать «среднюю порцию» мочи 100- 200 мл в емкость
6. Обеспечить контроль сбора мочи пациентом
7. Прикрепить направление и в течение часа доставить емкость с мочой в клиническую лабораторию

## **Сбор мочи по методу Нечипоренко**

### **Цель**

Диагностическая.

### **Показание**

Определение форменных элементов мочи.

### **Оснащение**

- чистая сухая емкость,
- направление в лабораторию,
- необходимые принадлежности для подмывания,

### **Последовательность действий**

1. Установить доверительные отношения с пациентом.
2. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры и получить его согласие.
3. Обучить пациента проведению туалета наружных половых органов.
4. Оформить направление на исследование.
5. Дать пациенту чистую сухую емкость.
6. Предложить пациенту утром подмыться самостоятельно, собрать «среднюю» порцию мочи в емкость и закрыть крышкой.
7. Обеспечить контроль сбора мочи пациентом.
8. Прикрепить направление и сразу доставить емкость с мочой в клиническую лабораторию.

## **Сбор мочи для исследования глюкозы**

### **Цель**

Диагностическая.

### **Показание**

Обнаружение сахара в моче.

### **Оснащение**

- стеклянная банка емкостью 2-3 литра с крышкой,
- емкость вместимостью 150-200 мл,
- бланк направления в лабораторию,
- стеклянная палочка.

### **Примечание**

- емкость для сбора мочи хранить в прохладном месте.

### **Последовательность действий**

1. Установить доверительные отношения с пациентом.
2. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры и получить его согласие.
3. Оформить направление на исследование.
4. Приготовить необходимое оснащение.
5. Информировать пациента, о правилах сбора мочи:
  - соблюдать обычный водно-пищевой режим,
  - опорожнить мочевой пузырь в 6 часов утра в унитаз,
  - собрать всю выделенную мочу в течение суток в один сосуд (до 6 часов следующего дня),
6. Проконтролировать сбор мочи пациентом .
7. Измерить общее количество мочи, выделенной пациентом за сутки (суточный диурез).
8. Размешать мочу в банке стеклянной палочкой.
9. Отлить в отдельную емкость 100-150 мл мочи.
10. Прикрепить направление с указанием суточного количества мочи и сразу доставить в клиническую лабораторию емкость с мочой.

## **Сбор мочи на микробиологическое исследование**

### **Цель**

Диагностическая.

### **Показание**

Выявление патологической микрофлоры и определение лекарственной чувствительности.

### **Оснащение**

- сухая стерильная емкость с крышкой,
- направление в лабораторию,
- необходимые принадлежности для подмывания

### **Примечание**

Моча берется до начала проведения антибактериальной терапии.

### **Последовательность действий**

1. Установить доверительные отношения с пациентом.
2. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры, получить его согласие.
3. Обучить пациента проведению туалета наружных половых органов.
4. Оформить направление на исследование.
5. Дать пациенту сухую стерильную емкость.
6. Предложить пациенту подмыться самостоятельно, собрать «среднюю порцию» мочи в стерильную банку и закрыть крышкой.
7. Обеспечить контроль сбора мочи пациентом.
8. Прикрепить направление и сразу доставить емкость с мочой в актериологическую лабораторию.

## **Сбор мочи по Зимницкому**

### **Цель**

Диагностическая.

### **Показание**

Исследование выделительной функции почек, определение суточного, дневного и ночного диуреза.

### **Оснащение**

- 8 чистых стеклянных емкостей с этикетками с указанием номера порции и времени сбора мочи,



- направление в лабораторию.

### **Последовательность действий**

1. Установить доверительные отношения с пациентом.
2. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры, получить его согласие, дать емкость.
3. Объяснить пациенту, чтобы он соблюдал обычный водно-солевой режим, не принимал мочегонные препараты.
4. Оформить направление на исследование.
5. Проинформировать пациента:
  - в 6 часов утра необходимо помочиться в унитаз,
  - проводить сбор мочи в отдельную емкость через каждые 3 часа до 6 часов утра следующего дня,
  - емкости с мочой хранить в прохладном месте,
  - при выделении большого количества мочи собирать ее в дополнительную емкость,
  - при отсутствии мочи за соответствующий промежуток времени оставить банку пустой,
6. Обеспечить контроль сбора мочи пациентом.
7. Прикрепить направление и сразу доставить в клиническую лабораторию все емкости с мочой.

## **Определение водного баланса**

**Водный баланс** – это количество выпитой и выделенной жидкости за сутки.

### **Цель**

Изучение водного обмена в организме

### **Показания**

Нарушение процессов кровообращения и мочевыделения.

### **Противопоказаний** нет

### **Оснащение**

- трехлитровая банка с этикеткой,
- горшок (судно),
- мерная колба,
- листок учета выпитой и выделенной жидкости,

### **Последовательность действий**

1. Вечером накануне сообщить пациенту о предстоящем исследовании, провести инструктаж:

1.1. Для определения выделенной жидкости необходимо:

- утром в 6 часов помочиться в унитаз (это моча предыдущих суток),
- затем с 6 утра до 6 утра следующего дня собирать мочу в судно, после чего выливать в мерную колбу для измерения её количества,
- полученные показатели по часам заносить в «Лист учета водного баланса»,

1.2. Для определения выпитой жидкости:

- следует учитывать первые блюда, третьи блюда, парентеральные вливания,
- количество жидкости по мере ее употребления следует записывать в «Лист учета водного баланса» по часам,
- при употреблении фруктов и овощей средних размеров в организм поступает 100 граммов жидкости,

2. Через сутки медсестра подсчитывает по «Листу учета водного баланса»

количество выпитой и выделенной жидкости.

Полученные показатели заносит в температурный лист в графу «Выпито жидкости», «Суточное количество мочи».

## Лист учета водного баланса

Отделение терапевтическое

ФИО пациента Петров А.И.

Палата 4

Дата и время исследования с 6 часов 29 июня до 6 часов 30 июня

Выпито	Время	Выделено
200 мл чай	9 <sup>00</sup>	50 мл
250 мл суп + 200 мл чай	12 <sup>00</sup>	150 мл
200мл в/в кап	14 <sup>00</sup>	75 мл
200мл компот	16 <sup>00</sup>	150 мл
200 мл кисель	19 <sup>00</sup>	200 мл
200 мл молоко + 100 мл помидор	21 <sup>15</sup>	175 мл
50 мл морс	22 <sup>00</sup>	150 мл
-	-	100 мл
-	-	160 мл
<b>Всего: 1600 мл</b>		<b>Всего: 1210 мл</b>

## Определение глюкозы в моче экспресс-методом (глюкотест)

### Цель

Экспресс метод анализа сахара в моче

### Показания

Сахарный диабет

### Противопоказания

Нет

### Оснащение

- 100 реактивных бумажек белого цвета размером 50 мм на 5 мм с поперечной полоской желтого цвета, пропитанной раствором ферментов и красителей, благодаря чему она меняет цвет при наличии сахара в моче;
- цветная шкала;
- пластмассовая пластинка.

### **Последовательность действий**

1. Реактивную бумагу погрузить в испытуемую мочу так, чтобы желтая поперечная полоска полностью смочилась;
2. Быстро извлечь реактивную бумагу из мочи, положить смоченным концом на пластмассовую пластинку и оставить на 2 минуты;
3. Не снимая реактивную бумагу с пластинки, сравнить цвет с цветовой шкалой

### **Примечание**

- по истечении 6 месяцев со дня выпуска реактивной бумаги, выдержку увеличить с 2 минут до 5-10 минут;
- не дотрагиваться пальцами до поперечной желтой полоски;
- исследовать мочу свеженабранную и на тощак.

## **Сбор кала для исследования на скрытую кровь (реакция Грегерсена)**

### **Цель**

Диагностическая.

### **Показание**

Выявление скрытого желудочно-кишечного кровотечения.

### **Противопоказания**

Нет

**Оснащение:** Мыло, индивидуальное полотенце, судно, чистая сухая банка с крышкой, одноразовый шпатель, стерильные перчатки и лоток, направление в лабораторию, емкость с дезраствором – 1, лоток для отработанного материала.

### **Последовательность действий**

1. Установить доверительные отношения с пациентом
2. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры, получить его согласие
3. Объяснить пациенту правила подготовки к исследованию
  - в течение 3-х суток исключить из рациона питания продукты, содержащие железо (мясо и мясные изделия, рыбу и рыбные изделия, все зеленые овощи и фрукты, все овощи красного цвета, гречневую кашу,
  - нельзя травмирующие продукты (сушки, сухари, орехи, карамель),
  - исключить лекарственные препараты, содержащие железо,

- йод, бром,
- не чистить зубы щеткой, а полоскать полость рта раствором натрия гидрокарбоната (сода) или калия перманганата,
4. Оформить направление
  5. Вымыть руки с мылом и осушить их индивидуальным полотенцем
  6. Надеть перчатки
  7. Предложить пациенту опорожнить кишечник в судно (без воды)
  8. Взять кал шпателем из нескольких участков (10-15 г) без примеси мочи и воды в чистую стеклянную банку
  9. Закрыть банку крышкой
  10. Поместить шпатель в лоток для отработанного материала
  11. Сжечь шпатель
  12. Снять перчатки, поместить их в емкость с дезраствором
  13. Вымыть руки с мылом, осушить их индивидуальным полотенцем
  14. Прикрепить направление и доставить в клиническую лабораторию

### **Взятие кала на бактериологическое исследование**

#### **Цель**

Диагностическая

#### **Показания**

Исследование микробной флоры кишечника

#### **Противопоказания**

Кровотечение из прямой кишки

#### **Оснащение**

- мыло,
- индивидуальное полотенце,
- стерильные перчатки, лоток,
- стерильная пробирка, содержащая консервант,
- стерильная проволочная петля,
- направление в лабораторию,
- пленка,
- клеенка,
- ветошь,

- мешок для грязного белья,
- емкости с дезраствором – 2.

### **Последовательность действий**

1. Установить доверительные отношения с пациентом.
2. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры и получить его согласие.
3. Оформить направление.
4. Подготовить необходимое оснащение.
5. Положить на кушетку клеенку и пеленку.
6. Уложить пациента на кушетку на левой бок с полусогнутыми нижними конечностями.
7. Вымыть руки с мылом и осушить их индивидуальным полотенцем.
8. Надеть перчатки.
9. Извлечь правой рукой осторожно петлю из пробирки.
10. Развести ягодицы пациента пальцами левой руки и осторожно ввести петлю в анальное отверстие на глубину 5-6 см; взять материал со стенок кишки.
11. Извлечь петлю из прямой кишки, не касаясь наружной поверхности пробирки; опустить петлю в пробирку с консервантом.
12. Пеленку поместить в мешок для грязного белья.
13. Клеенку обработать ветошью, смоченной в дезрастворе, дважды с интервалом 15 минут.
14. Ветошь поместить в емкость с дезраствором.
15. Снять перчатки, поместить их в емкость с дезраствором.
16. Вымыть руки с мылом и осушить их индивидуальным полотенцем.
17. Прикрепить направление и доставить в клиническую лабораторию взятый материал в течение часа.

### **Сбор кала для исследования на гельминты**

#### **Цель**

Диагностическая.

#### **Показание**

Обнаружение глистной инвазии и уточнение вида глистов.

#### **Оснащение**

- мыло, индивидуальное полотенце,

- чистая стеклянная емкость,
- одноразовый шпатель и стерильный лоток,
- направление в лабораторию,
- лоток для отработанного материала,
- емкость с дезраствором - 1.

### **Последовательность действий**

1. Установить доверительные отношения с пациентом.
2. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры, получить его согласие.
3. Оформить направление.
4. Подготовить необходимое оснащение.
5. Вымыть руки с мылом и осушить их индивидуальным полотенцем..
6. Надеть перчатки.
7. Предложить пациенту опорожнить кишечник в судно (без воды).
8. Взять шпателем из разных мест 30-50 г кала в чистую стеклянную посуду сразу после дефекации.
9. Шпатель поместить в лоток для отработанного материала.
10. Шпатель и лоток поместить в разные емкости с дезраствором.
11. Снять перчатки, поместить их в емкость с дезраствором.
12. Вымыть руки с мылом и осушить их индивидуальным полотенцем.
13. Прикрепить направление к емкости, доставить в клиническую лабораторию посуду с калом.

## **Сбор кала для исследования на простейшие**

### **Цель**

Диагностическая

### **Показания**

Подозрение на гельминтоз

### **Противопоказания**

Нет

**Оснащение:** Мыло, индивидуальное полотенце, стерильные одноразовый шпатель и лоток, стерильная пробирка с консервантом, направление в лабораторию, лоток для отработанного материала, емкость с дезраствором -

### **Последовательность действий**

1. Установить доверительные отношения с пациентом.
2. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры и получить его согласие.
3. Оформить направление.
4. Подготовить необходимое оснащение.
5. Вымыть руки с мылом и осушить индивидуальным полотенцем.
6. Надеть перчатки.
7. Предложить пациенту опорожнить кишечник в судно (без воды).
8. Сразу после дефекации одноразовым шпателем взять из разных мест кал в чистую стеклянную посуду с консервантом.  
**Примечание:** простейшие при остывании кала теряют свою подвижность и быстро гибнут, поэтому для их обнаружения используют готовый консервант.
9. Шпатель поместить в лоток для отработанного материала.
10. Шпатель и лоток поместить в разные емкости с дезраствором.
11. Снять перчатки, поместить их в емкость с дезраствором.
12. Вымыть руки с мылом и осушить их индивидуальным полотенцем.
13. Прикрепить направление и доставить кал в лабораторию не позднее 15-20 минут после дефекации.

### **Сбор кала на копрологическое исследование**

#### **Цель**

Диагностическая.

#### **Показание**

Заболевания органов пищеварения.

#### **Противопоказания**

Нет

#### **Оснащение**

- мыло,
- индивидуальное полотенце,
- стерильные перчатки и лоток,
- стерильный одноразовый шпатель,
- чистая стерильная стеклянная емкость,
- направление в лабораторию,



- лоток для отработанного материала,
- емкость с дезраствором - 1.

### **Примечание**

Нельзя доставлять в лабораторию кал после клизмы, введения свечей, приема внутрь красящих веществ, касторового и вазелинового масел, белладонны, пилокарпина, препаратов железа, висмута, бария.

### **Последовательность действий**

1. Установить доверительные отношения с пациентом.
2. Объяснить цель и ход предстоящей процедуры, получить его согласие.
3. Объяснить правила подготовки к исследованию:
4. соблюдать в течение 4—5 дней до исследования диету, назначенную врачом.
5. Оформить направление.
6. Подготовить необходимое оснащение.
7. Вымыть руки с мылом и осушить их индивидуальным полотенцем.
8. Надеть перчатки.
9. Предложить пациенту опорожнить кишечник в судно (без воды).
10. Взять шпателем кал из разных участков (10-15 г) без примеси мочи в чистую стеклянную посуду сразу после дефекации.
11. Шпатель поместить в лоток для отработанного материала.
12. Емкость закрыть крышкой.
13. Шпатель и лоток поместить в разные емкости с дезраствором.
14. Снять перчатки, поместить их в емкость с дезраствором.
15. Вымыть руки с мылом и осушить их индивидуальным полотенцем.
16. Прикрепить направление и доставить емкость с калом в лабораторию.

## **Фракционное зондирование желудка (с энтеральным раздражителем)**

### **Цель**

Диагностическая.

### **Показания**

Изучение секреторной функции желудка.

### **Противопоказания**

- желудочно-кишечное кровотечение,
- стенокардия,
- затрудненное носовое дыхание,
- затрудненное и болезненное глотание,
- расширение вен пищевода,
- аневризма аорты,
- искривление шейно-грудного отдела позвоночника,
- сужение пищевода.

### **Оснащение**

- мыло,
- индивидуальное полотенце,
- стерильный тонкий желудочный зонд,
- стерильные лоток и салфетка,стерильный шприц Жане,
- маркированных емкостей – 7,
- пробный завтрак (капустный отвар, мясной бульон) 200 мл,
- стерильные перчатки,
- полотенце для пациента,
- лоток для отработанного материала,
- мешок для грязного белья,
- пеленка,
- дистиллированная вода,
- емкости с дезраствором – 3,
- зажим,
- ватные шарики в спирте.

### **Последовательность действий**

1. Установить доверительные отношения с пациентом.
2. Объяснить цель и ход предстоящей процедуры, получить его согласие.
3. Оформить направление.

4. Исследование проводится утром натощак.
5. Усадить на стул: спина плотно прижата к спинке стула, голова слегка наклонена вперед; снять зубные протезы (если они есть).
6. Прикрыть шею и грудь пациента пеленкой; в руки дать полотенце.
7. Вымыть руки с мылом и осушить индивидуальным полотенцем.
8. Надеть стерильные перчатки.
9. Подготовить необходимое оснащение.
10. Определить расстояние до желудка (рост в сантиметрах - минус 100 см).
11. Обработать перчатки ватными шариками смоченными в 70%-ном спирте.
12. Шарик сбросить в лоток для отработанного материала.
13. В правую руку взять зонд на расстоянии 10-15 см от слепого конца, смоченный в дистиллированной воде, а левой рукой поддерживать свободный конец зонда.
14. Попросить пациента открыть рот, положить слепой конец зонда на корень языка, предложить ему глубоко дышать через нос и делать глотательные движения по команде медсестры.
- Примечание:*** если пациент закашлялся, немедленно извлечь зонд (зонд попал в гортань).
15. Присоединить к свободному концу зонда шприц, извлечь в течение 5 минут все содержимое желудка в емкость (1-я порция).
16. Ввести через зонд 200 мл подогретого до 38 градусов энтерального раздражителя; на наружный конец зонда наложить зажим.
17. Извлечь через 10 минут 10 мл (2-я порция).
18. Извлечь через 15 минут желудочное содержимое - весь остаток пробного завтрака (3-я порция).
19. Извлекать в течение часа через каждые 15 минут желудочное содержимое (4,5,6,7-я порции).
20. Извлечь зонд из желудка, обернув салфеткой. Дать пациенту воду для полоскания рта.
21. Спросить пациента о самочувствии.

22. Поместить зонд, шприц Жане и салфетки в разные емкости с дезраствором.
23. Салфетки и ватные шарики утилизировать.
24. Поместить полотенце в мешок для грязного белья.
25. Снять перчатки, поместить их в емкость с дезраствором.
26. Вымыть руки с мылом и осушить их индивидуальным полотенцем.
27. Приложить направление и отправить в лабораторию все порции желудочного содержимого.

### **Фракционное зондирование желудка (с парентеральным раздражителем)**

#### **Цель**

Диагностическая.

#### **Показания**

Изучение секреторной функции желудка.

#### **Противопоказания**

- желудочно-кишечное кровотечение,
- стенокардия,
- затрудненное носовое дыхание,
- затрудненное и болезненное глотание,
- расширение вен пищевода,
- аневризма аорты,
- искривление шейно-грудного отдела позвоночника,
- сужение пищевода.

**Оснащение:** мыло, индивидуальное полотенце, стерильный тонкий желудочный зонд, стерильный лоток, стерильный шприц, стерильные перчатки, шприц емкостью 20 мл, 0,025%-ный раствор пентагастрина, лоток для отработанного материала, набор для подкожного введения препарата, емкости для сбора желудочного сока – 8, мешок для грязного белья, пеленка, дистиллированная вода, емкости с дезраствором – 2, ватные шарики в 70%-ном спирте.

#### **Последовательность действий**

1. Установить доверительные отношения с пациентом.
2. Объяснить цель и ход предстоящей процедуры и получить его согласие.
3. Оформить направление.
4. Исследование проводится утром натощак.

5. Усадить пациента на стул: спина плотно прижата к спинке стула, голова слегка наклонена вперед, снять зубные протезы (если они есть).
6. Прикрыть шею и грудь пациента пеленкой; в руки дать полотенце.
7. Вымыть руки с мылом и осушить индивидуальным полотенцем.
8. Надеть стерильные перчатки.
9. Подготовить необходимое оснащение.
10. Определить расстояние до желудка (рст в сантиметрах - минус 100 см).
11. Обработать перчатки ватными шариками, смоченными в 70%-ном спирте.
12. Шарик сбросить в лоток для отработанного материала.
13. В правую руку взять зонд на расстоянии 10-15 см от слепого конца, смоченный в дистиллированной воде, а левой рукой поддерживать свободный конец
14. Попросить пациента открыть рот, положить слепой конец зонда на корень языка, предложить ему глубоко дышать через нос и делать глотательные движения по команде медсестры. Примечание: если пациент закашлялся, немедленно извлечь зонд (зонд попал в гортань).
15. Присоединить к свободному концу зонда шприц, извлечь все содержимое желудка в течение 5 минут, слить в емкость
16. Извлекать непрерывно в течение часа базальный желудочный секрет, меняя емкости каждые 15 минут (1,2,3,4-я порции), измеряя объем каждой порции.
17. Набрать в шприц назначенную врачом дозу пентагастрина, ввести подкожно.
18. Извлекать в течении часа желудочное содержимое, меняя емкости через каждые 15 минут (5, 6,7,8-я порции), измерить объем каждой емкости
19. Извлечь зонд из желудка, обернув салфеткой. Дать воду пациенту для полоскания рта
20. Спросить пациента о самочувствии
21. Зонд, ватные шарик и салфетку поместить в разные емкости с дезраствором.
22. Полотенце поместить в мешок для грязного белья

23. Снять перчатки, поместить их в емкость с дезраствором
24. Вымыть руки с мылом и осушить их индивидуальным полотенцем
25. Приложить направление и отправить в лабораторию все порции желудочного содержимого

## **Промывание желудка**

### **Цель**

Лечебная или диагностическая

### **Показания**

Отравление недоброкачественной пищей, алкоголем, лекарственными средствами, грибами, угарным газом

### **Противопоказания**

- кровотечения из желудочно-кишечного тракта,
- острые воспалительные заболевания пищевода, желудка, 12-перстной кишки, желчного пузыря,
- острые состояния при заболеваниях сердца и дыхательных путей,
- сужение пищевода.

### **Оснащение**

- 2 стерильных толстых желудочных зонда,
- соединительная стеклянная трубка,с
- теклянная воронка емкостью 0,5-1 литр,
- стерильные салфетки,
- емкость с водой 10-12 литров,
- газ для промывных вод,
- кружка,
- фартук клеенчатый, 2 шт,
- стерильные перчатки,
- фантом для промывания,
- емкости с дезраствором-3,
- бланк направления на исследование.

### **Последовательность действий**

1. Установить доверительные отношения с пациентом.
2. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры и получить его согласие.
3. Подготовить необходимое оснащение.

4. Усадить пациента на стул, слегка наклонить голову вперед.
5. Подставить к ногам пациента таз для промывных вод.
6. Надеть фартук.
7. Надеть фартук пациенту.
8. Вымыть руки с мылом и осушить индивидуальным полотенцем.
9. Надеть стерильные перчатки.
10. Определить расстояние до желудка (рост в сантиметрах минус 100 см).
11. рать систему для промывания.
12. тать сзади или сбоку от пациента.
13. Смочить слепой конец зонда теплой водой.
14. Попросить пациента открыть рот, правой рукой положить слепой конец зонда на корень языка.
15. Предложить пациенту глубоко дышать через нос и делать глотательные движения по команде медсестры, ввести зонд до нужной метки.
16. Подсоединить воронку к зонду и опустить ее до уровня колен пациента, слегка наклонив; в воронке должно появиться содержимое желудка.
17. Налить в воронку 1 литр воды. Поднять воронку медленно вверх, проследить, чтобы во да достигла ее устья.
18. Опустить воронку до уровня колен.
19. Вылить содержимое воронки в таз.
20. Промывание проводить несколько раз до чистых промывных вод.

**Примечание:** количество вводимой и выводимой воды должно быть приблизительно одинаково.

21. Осторожно извлечь медленными поступательными движениями зонд из желудка, обернув салфеткой, спросить пациента о самочувствии.
22. Поместить зонд и салфетку в разные емкости с дезраствором.
23. Предложить пациенту прополоскать рот водой и обтереть вокруг рта полотенцем.
24. Обеспечить пациенту психологический и физический покой.
25. Провести дезинфекцию промывных вод (засыпать сухой хлорной известью 1:5).
26. Обработать фартук ветошью, смоченной в дезрастворе, дву-

- кратно с интервалом 15 минут.
27. Ветошь поместить в емкость с дезраствором.
28. Снять перчатки, поместить их в емкость с дезраствором.
29. Вымыть руки с мылом и осушить их индивидуальным полотенцем.
30. Оформить направление и отправить в лабораторию 200 мл промывных вод.

## **Дуоденальное зондирование**

### **Цель**

Диагностическая

### **Показания**

Заболевания печени и желчных путей

### **Противопоказания**

- острый холецистит,
- обострение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки,
- сужение пищевода,
- варикозное расширение вен пищевода

### **Оснащение**

- мыло,
- индивидуальное полотенце,
- стерильный лоток, перчатки,
- стерильный дуоденальный зонд одноразовый,
- штатив с пробирками,
- шприц объемом 20 мл,
- энтеральные раздражители: 30-50 мл р-ра сульфата магния 33%-ного (или 10%-ный раствор глюкозы, 10%-ный р-р натрия хлорида),
- зажим,
- пленка,
- грелка,
- валик,
- перчатки,
- полотенце для пациента,
- мешок для грязного белья,
- скамеечка для штатива с пробирками,



- фантом,
- емкости с дезраствором-3,
- бланк направления на исследование.

### **Последовательность действий**

1. Установить доверительные отношения с пациентом.
  2. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры и получить его согласие. Процедура проводится утром натощак.
  3. Подготовить необходимо оснащение.
  4. Усадить пациента на стул, спина плотно прижата к спине стула, голова слегка наклонена вперед. Предложить пациенту снять зубные протезы (если они есть).
  5. На шею и грудь пациента положить полотенце.
  6. Вымыть руки с мылом и осушить их индивидуальным полотенцем.
  7. Надеть стерильные перчатки.
  8. Взять зонд на расстоянии 10-15 см от оливы, свободный конец, поддерживая левой рукой.
  9. Попросить пациента открыть рот, положить оливу на корень, предложить делать глотательные движения (заглатывать зонд до 4-й метки).
  10. Проверит место нахождения зонда, подсоединить шприц к зонду: если при аспирации в шприц поступает мутноватая жидкость-олива находится в желудке, если нет, то подтянуть зонд на себя, и попросить пациента заглатывать вновь.
  11. Предложить пациенту ходить по кабинету и заглатывать зонд до 7-й метки.
  12. Уложить пациента на правый бок, положить под таз валик, а под правое подреберье теплую грелку.
- Примечание:** установить штатив с пробирками на низкой скамейке у изголовья пациента.
13. Предложить пациенту заглатывать зонд до 9-й отметки в течение 20-60 минут (свободный конец зонда опущен в пробирку).
  14. Собрать желчь в первую пробирку в течение 20-30 минут (15-40 мл).
  15. Вести через зонд 30-50 мл энтерального раздражителя.
  16. Наложить на зонд зажим после введения энтерального раз-

- дражителя на 10-15 минут.
17. Опустить зонд во 2-ю пробирку; снять зажим: собрать 30-60 мл желчи в течение 20-30 минут.
  18. Опустить зонд в 3-ю пробирку, собрать 15-20 мл желчи в течение 20-30 минут.
  19. Извлечь зонд медленным поступательным движением, используя салфетку, предложить пациенту прополоскать рот.
  20. Поместить зонд и салфетки в разные емкости с дезраствором.
  21. Поместить полотенце в мешок для грязного белья.
  22. Обработать грелку ветошью, смоченной в дезрастворе, дважды с интервалом 15 минут.
  23. Поместить ветошь в емкость с дезраствором
  24. Снять перчатки, поместить их в емкость с дезраствором
  25. Вымыть руки с мылом и осушить их полотенцем
  26. Оформить направление и отправить в клиническую лабораторию все пробирки.

### **Подготовка к эндоскопическому исследованию желудка (гастроскопия, ФГДС)**

#### **Цель**

Диагностическая.

#### **Показания**

Визуальное определение патологии желудка, биопсия пораженной ткани и оценка эффективности лечения.

#### **Противопоказания**

Нет

#### **Последовательность действий**

1. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры, получить его согласие.
2. Объяснить пациенту правила подготовки к исследованию:
  - утром перед исследованием не принимать пищу,
  - не пить,
  - не принимать лекарственные препараты,
  - не курить,
  - не чистить зубы,
  - снять съемные протезы,

- взять с собой полотенце,
- 3. Предупредить пациента, что при проведении исследования он не сможет глотать и разговаривать
- 4. Проводить пациента в назначенное время в эндоскопический кабинет с историей болезни.
- 5. Медицинскую карту стационарного больного с результатами исследования вернуть в отделение.

### **Подготовка пациента к ректороманоскопии**

**Ректороманоскопия** – это эндоскопический метод исследования прямой кишки

#### **Цель**

Диагностическая.

#### **Показания**

- исследование прямой и сигмовидной кишки,
- обнаружение воспалительного процесса,
- злокачественных и доброкачественных образований,
- проведение соскоба слизистой для диагностики.

#### **Противопоказания**

- геморрой,
- полипы и опухоли прямой кишки,
- кишечное кровотечение,

#### **Последовательность действий**

1. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры, получить его согласие.
2. Информировать пациента о подготовке к исследованию:
  - легкий ужин не позднее 20 часов
  - исследование проводится утром натощак
3. За 2 часа до исследования поставить пациенту очистительную клизму.
4. Непосредственно перед исследованием опорожнить мочевой пузырь.
5. Проводить пациента в эндоскопический кабинет с историей болезни.
6. Введение ректоскопа и осмотр слизистой прямой кишки проводит врач.

7. Для пациента в буфетной оставить завтрак (предупредить об этом раздатчицу).
8. Медицинскую карту стационарного больного с результатами исследования вернуть в отделение.

### **Обработка ректоскопа**

1. Ректоскоп разобрать.
2. Стержень и цилиндр погрузить в дезраствор на 45 минут и подготовить для автоклавирования.
3. Световод, окуляр и ручку ректоскопа обработать дезсредством для оптических систем.

### **Осложнение**

Если пациенту проведена биопсия, то в течение дня необходимо вести наблюдение за его состоянием, т.к. есть риск кишечного кровотечения.

## **Подготовка пациента к колоноскопии**

**Колоноскопии** – это эндоскопический метод исследования толстой кишки.

### **Цель**

Диагностическая

### **Показания**

Исследование более высоко расположенных отделов толстой кишки с помощью колоноскопа

### **Противопоказания**

- инфаркт миокарда,
- острый тромбоз мозговых сосудов,
- коматозное состояние,
- перитонит,
- гемофилия,

### **Последовательность действий**

1. Объяснить пациенту цель и ход предстоящий процедуры, получить его согласие.
2. Информировать пациента о правилах подготовки к исследованию: за 3 - 5 дней до исследования соблюдать диету № 4 (бесшлаковую), принимать активированный уголь по 2 таблетки 3 раза в день, соблюдать обильный питьевой режим, не ужинать.

3. В обед накануне исследования дать пациенту слабительное средство (касторовое масло 30-50 мл) или 2 таблетки бисакодила по 0,005 г.
4. Вечером накануне исследования и за 2 часа до исследования поставить пациенту высокую очистительную клизму (3 - 4 л воды температуры 37 - 38 градусов); а утром поставить 2 очистительные клизмы с интервалом 1 час. И ввести газоотводную трубку на 10-15 минут.
5. За 25 - 30 минут до исследования ввести 1 мл 0,1%-ного р-ра атропина сульфата п/к.
6. Проводить пациента в эндоскопический кабинет с историей болезни.
7. Для пациента в буфетной оставить завтрак (предупредить об этом раздатчицу).
8. Медицинскую карту стационарного больного с результатами исследования вернуть в отделение.

### **Подготовка к ирригоскопии**

**Ирригоскопия** — это рентгенологический метод исследования толстой кишки с использованием контрастного вещества сульфата бария.

#### **Цель**

Диагностическая.

#### **Показания**

Выявление нарушения функции толстого кишечника и патологические изменений.

#### **Последовательность действий**

1. Объяснить пациенту цель и ход предстоящего исследования и получить его согласие
2. Информировать пациента о правилах подготовки к ирригоскопии:
  - за 2-3 дня до исследования исключить пищу, способствующую газообразованию (черный хлеб, молоко. Овощи, фрукты. капуста, бобовые, дрожжевые продукты).
  - обильное питье (до 2 литров);
  - не ужинать.
3. В обед (12-13 часов) накануне исследования дать пациенту

- слабительное: 30 г
4. касторового масла или 2-3 таблетки бисакодила по 0,005 г
  5. Вечером накануне исследования поставить две очистительные клизмы с интервалом 1 час и утром за два часа до исследования сделать две очистительные клизмы с интервалом 1 час
  6. Дать пациенту утром в день исследования легкий белковый завтрак
  7. Проводить пациента в рентгенологический кабинет с медицинской картой стационарного больного
  8. В рентген-кабинете сотрудниками кабинета с помощью клизмы вводится бариевая взвесь до 1,5 л (T= 36-37 градусов)
  9. Для пациента в буфетной оставить завтрак (предупредить об этом раздатчицу)
  10. Медицинскую карту стационарного больного с результатами исследования вернуть в отделение.

## **Подготовка и рентгенологическому исследованию желудка**

### **Цель**

Диагностическая

### **Показания**

Выявление заболевания желудка и кишечника, нарушение функций желудка и кишечника

### **Противопоказания**

- кровотечения из пищеварительного тракта,
- злокачественные образования прямой кишки,
- первые дни после операции на органах пищеварения,
- Острые воспалительные процессы в толстой кишке или в области
- заднего прохода,
- трещины в области заднего прохода,
- выпадение прямой кишки,
- геморрой.

### **Последовательность действий**

1. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры, по-

- лучить его согласие.
2. Проинформировать пациента о подготовке к исследованию: за 2-3 дня до исследования исключить из пищевого рациона пищу, способствующую, газообразованию, исследование проводится натощак, легкий ужин в 20 часов
  3. Давать пациенту по 2 таблетки активированного угля 3 раза в день.
  4. Поставить очистительную клизму пациенту вечером накануне исследования в 22 часа и утром за 2 часа до исследования.
  5. Проводить пациента в рентгенологический кабинет.
  6. Проконтролировать прием пациентом дополнительной порции сульфата вечером накануне исследования кишечника.
  7. Для пациента в буфетной оставить завтрак (предупредить об этом раздатчицу).
  8. Медицинскую карту стационарного больного с результатами исследования вернуть в отделение.

### **Подготовка к холецистографии**

**Холецистография** – это рентгенологический метод исследования желчного пузыря с помощью контрастного вещества (йопагност, холевид).

#### **Цель**

- изучить форму, размеры, положение и сократимость желчного пузыря,
- обнаружить наличие камней в желчном пузыре,

#### **Показания**

Заболевания желчного пузыря,

#### **Противопоказания**

Наличие аллергии к йодсодержащим препаратам,

#### **Оснащение**

- контрастное вещество(йопагност, холевид),
- желчегонный завтрак (2 яичных желтка или 20 граммов сорбита).

#### **Последовательность действий**

1. Объяснить пациенту цель и ход предстоящего исследования и получить его согласие.
2. Информировать пациента о правилах подготовки к холецистографии: за 2-3 дня до исследования исключить пищу, способствующую газообразованию (черный хлеб, молоко. Овощи, фрукты. капуста, бобовые, дрожжевые продукты).
3. Ужин не позднее 20 часов.
4. За 12 часов до исследования пациенту дают контрастное вещество в течение одного часа 6-12 таблеток (по 1- 2 таблетки каждые 10 минут). Доза определяется из расчета 1 грамм на 15-20 кг массы тела.
5. Накануне вечером и за 2 часа до исследования поставить очистительную клизму
6. Вечером предупредить пациента:
  - исследование проводится натощак
  - не пить жидкость, не курить, не принимать лекарство
7. Проводить пациента в рентген - кабинет с историей болезни.
8. Желчегонный завтрак принимается по указанию врача-рентгенолога.
9. Для пациента в буфетной оставить завтрак (предупредить об этом раздатчицу).
10. Медицинскую карту стационарного больного с результатами исследования вернуть в отделение.

### **Подготовка к экскреторной урографии**

**Урография** – это рентгенологический метод исследования почек с помощью контрастного вещества (урографин, верографин)

#### **Цель**

- изучить форму, размеры, положение почек, размеры чашечек, лоханок,
- обнаружить камни в почках,
- определить выделительную способность почек

#### **Показания**

заболевания почек.

#### **Противопоказания**



наличие аллергии к рентгенконтрастным препаратам,

### **Оснащение**

- шприц 20 мл,
- контрастное вещество по назначению врача (урографин, верографин),
- все для очистительной клизмы.

### **Последовательность действий**

1. Объяснить пациенту цель и ход предстоящего исследования и получить его согласие
2. Информировать пациента о правилах подготовки к холецистографии: за 2-3 дня до исследования исключить пищу, способствующую газообразованию (черный хлеб, молоко. Овощи, фрукты. капуста, бобовые, дрожжевые продукты др.);
  - ужин не позднее 20 часов,
  - исследование проводится натощак.
  - не пить жидкость,
  - не курить,
  - не принимать лекарство.
3. Накануне перед обедом слабительное средство по назначению врача
4. Поставить очистительную клизму пациенту вечером накануне исследования в 22 часа и утром за 2 часа до исследования
5. Перед исследованием освободить мочевой пузырь
6. Проводить пациента в рентгенологический кабинет в назначенное время с медицинской картой стационарного больного
7. В рентген – кабинете:
  - делают обзорную рентгенограмму почек,
  - вводят внутривенно медленно по назначению врача 20-40-60 мл рентгенконтрастного вещества,
  - делают серию снимков.
8. Для пациента в буфетной оставить завтрак (предупредить об этом раздатчицу)
9. Медицинскую карту стационарного больного с результатами исследования вернуть в отделение

### **Подготовка к ультразвуковому исследованию органы брюшной полости**

**УЗИ (эхография)** - это ультразвуковое исследование, основанное на регистрации ультразвуковых волн на экране видеомонитора, фиксацией на фотопленке.

**Цель**

диагностическая

**Показания**

заболевания органов пищеварения (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа)

**Противопоказания** нет

**Последовательность действий**

1. Объяснить пациенту цель и ход предстоящего исследования и получить его согласие.
2. Информировать пациента о правилах подготовки к УЗИ:
  - за 2-3 дня до исследования исключить пищу, способствующую газообразованию (черный хлеб, молоко, овощи, фрукты, капуста, бобовые, дрожжевые продукты),
  - ужин не позднее 20 часов,
  - исследование проводится натощак, не курить накануне исследования,
3. Взять с собой в кабинет сменную обувь, полотенце, простыню.
4. Проводить пациента в кабинет с медицинской картой стационарного больного.
5. Для пациента в буфетной оставить завтрак (предупредить об этом раздатчицу).
6. Медицинскую карту стационарного больного с результатами исследования вернуть в отделение.

## **Подготовка к стеральной пункции**

**Стеральная пункция** – это прокол грудины с целью получения для анализа костного мозга

### **Цель**

получение костного мозга для исследования его клеточного состава

### **Показания**

заболевания крови

### **Противопоказания**

нет

### **Оснащение**

- в стерильном лотке: игла Кассирского, шприцы с иглами - 2 шт, перевязочный материал,
- спирт, спиртовой раствор йода,
- клеол или пластырь,
- раствор новокаина 0,5% для анестезии,
- нашатырный спирт
- сосудосуживающие средства (кордиамин, кофеин бензоат натрия)

### **Последовательность действий**

1. Объяснить пациенту цель и ход предстоящего исследования и получить его согласие.
2. Манипуляцию проводит врач с соблюдением всех правил асептики.
3. Пациента уложить на кушетку в процедурном кабинете.
4. При наличии волос в месте прокола, сбрить.
5. Обработать кожу в области пункции спиртом дважды: сначала большую площадь 15 на 15 см, потом меньшую 10 на 10 см (если нет непереносимости йода, второй раз можно обработать йодом).
6. В месте пункции проводится послойная анестезия 0,5% раствором новокаина
7. Врач делает прокол грудины по средней линии иглой Кассирского.
8. К игле присоединяется сухой шприц и насасывается примерно 0,1 мл костного мозга.
9. Полученный костный мозг наносится из шприца на специ-

- альное стекло, приготовленное лаборантом.
- 10.К месту пункции прикладывается шарик, смоченный спиртом и накладывается стерильная повязка.
- 11.Пациент доставляется в палату, где ему обеспечивается покой.

### **Оценка интенсивности боли**

#### **Цель**

диагностическая

#### **Показания**

болевого синдром

#### **I. Субъективный метод: шкала вербальных оценок.**

При этом методе интенсивность боли оценивается в баллах исходя из ощущений этой боли пациентом:

<b>Количество баллов</b>	<b>Ощущения пациента</b>
0	нет боли
1	слабая боль
2	умеренная боль
3	сильная боль
4	нестерпимая боль

**II. Визуально-аналоговая шкала (ВАШ)** – это линия, на левом конце которой стоит 0% (боль отсутствует), а на правом - 100% (боль нестерпимая).

Пациент отмечает на этой шкале интенсивность ощущаемых им симптомов до начала лечения и на фоне проводимой терапии:

<b>Количество процентов по шкале</b>	<b>Ощущения пациента</b>	<b>Количество баллов по ВАШ</b>
0	нет боли	0
0-30	слабая боль	1
30-60	Умеренная боль	2
60-90	Сильная боль	3
90-100	Нестерпимая боль	4

**Последовательность действий:**

1. Объяснить пациенту, что означает «сила» боли в баллах.
2. Пациент отмечает на линейке точку, соответствующую его ощущению боли.
3. Может быть использована линейка с изображением лиц, выражающих разные эмоции (это позволяет дать более объективную оценку силы боли).

**Пиклоуметрия****Цель**

определение максимального объема скорости выдоха

**Показания**

патология органов дыхания

**Противопоказания**

нет

**Оснащение**

пикфлоуметр

**Последовательность действий**

1. Отсоединить мундштук от прибора и вставить его узким концом в отверстие прибора;
2. Встать или сесть прямо, взять в руку пикфлоуметр между большим и указательным пальцами;
3. Сделать максимально глубокий вдох и плотно обхватить мундштук губами;
4. Выдохнуть максимально резко, сильно и быстро через мундштук;
5. Вынуть прибор изо рта и определить по шкале показатель максимального объема скорости выдоха;
6. Измерение повторить три раза;
7. Лучший показатель занести в дневник.
8. Снять мундштук, промыть отдельно части прибора в горячей воде (не выше 74 градусов) с мылом или иным моющим средством, тщательно ополоснуть, стряхнуть воду и дать прибору высохнуть самостоятельно.

## Схема дневника регистрации пикфлоуметрии

Дата День	Воск			Пон.			Втор			Среда			Четв			Пятн			Субб		
Время  В литрах в минуту	утро день вечер			утро день вечер			утро день вечер			утро день вечер			утро день вечер			утро день вечер			утро день вечер		
700																					
650																					
600																					
550																					
500																					
450																					
400																					
350																					
300																					
250																					
200																					
150																					
100																					

Другие замечания Лекарства дозы																				
---------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### Регистрация результатов пикфлоуметрии

Значение пикфлоуметрии (пикфлоу) следует отмечать ежедневно в одно и то же время в дневнике:

- утром сразу после пробуждения;
- в полдень;
- вечером перед сном.

В дневнике необходимо отмечать лучший показатель, полученный в результате трех последовательных измерений пикфлоу.

Дневник с графиком дыхательной функции является одним из важнейших показателей течения болезни. Его следует вести аккуратно, чтобы врач смог назначить правильное лечение.

### Хранение наркотических, ядовитых и сильнодействующих лекарств

Наркотические, ядовитые и сильнодействующие лекарства подлежат особому хранению и учету (приказ № 330).

Наркотические и ядовитые средства входят в список «А», а сильнодействующие - в список «В».

#### Требования к хранению

1. Хранят их в сейфе, где есть отдельные шкафчики с запирающимися дверками с обозначением.
2. На внутренней поверхности дверок сейфа должен быть перечень препаратов, относящиеся к списку «А» и «В» с указанием высших разовых и суточных доз.
3. Сейф должен быть все время закрыт. Ключ от него хранится у лица, ответственного за хранение, назначенного приказом главного врача.
4. На ночь ключи передаются дежурному врачу, о чем делается запись в специальном журнале, подписи передающего и принявшего ключи.

5. При передаче ключей от сейфа проверяют соответствие записей в журнале учета (пустые ампулы и остаток) с фактическим количеством.

### **Учет наркотических, ядовитых и сильнодействующих лекарственных препаратов**

Наркотические, ядовитые и сильнодействующие лекарства подлежат количественному учету в специальном журнале, в котором все листы пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью главного врача ЛПУ. В журнале учета на каждое наркотическое средство отводится отдельная страница, где указывается название препарата, концентрация, приход и расход

### **Применение наркотических средств**

1. Медсестра может ввести наркотическое вещество только при письменном назначении врача в медицинской карте стационарного больного;
2. В медицинскую карту каждого пациента, получающего наркотические препараты, вклеивается «Листок учета наркотических средств»

### **Листок учета наркотических средств**

ФИО пациента \_\_\_\_\_

№ истории болезни \_\_\_\_\_

№	Дата инъекции	Часы	Наименование препарата, количество	Подпись медсестры	Подпись врача

3. Вскрытие ампулы, введение наркотических средств пациенту производится в присутствии врача (лечащего или дежурного) с отметкой в листе учета и подписями медсестры и врача;
4. Пустые ампулы передаются вместе с не использованными по смене, хранятся в сейфе, а затем сдаются старшей медсестре;
5. Пустые ампулы старшая медсестра сдает по акту специальной комиссии, утвержденной главным врачом, в присутствии которой ампулы уничтожаются.

*За нарушение правил хранения и учета препаратов списка А и В, а также за ошибки в журнале медперсонал привлекается к административной и уголовной ответственности*



### **Запомни!**

Запас препаратов в отделении не должен превышать:

- наркотических 3-х дневной потребности,
- ядовитых – 5-ти дневной,
- сильнодействующих – 10-ти дневной.

### **Дезинфекция предметов ухода**

#### **Цель**

инфекционная безопасность.

#### **Показания**

профилактика внутрибольничной инфекции.

#### **Шпатели металлические и мензурки**

- кипячение в 2%-ном содовом растворе 15 минут,
- кипячение в дистиллированной воде 30 минут

#### **Шпатели деревянные (приказ № 720 от 30.07.78 г.)**

утилизируются

#### **Медицинские термометры**

Полное погружение в один из растворов с последующим промыванием под проточной водой:

- 0,5%-ный раствор хлорамина Б-30 минут,
- 3%-ный раствор перекиси водорода - 30 минут,
- тройной раствор - 45 минут (2%-ный формалин, 0,3%-ный фенол, 1,5%-ный натрия гидрокарбоната)

#### **Ножницы для стрижки ногтей, бритвенные приборы, шприц Жане**

- кипячение в дистиллированной воде 30 минут,
- погружение в тройной раствор на 45 минут с последующим промыванием под проточной водой.

#### **Резиновые грелки и пузыри для льда**

Двукратное протирание с интервалом 15 минут ветошью, смоченной в одном из растворов:

- 1%-ный р-р хлорамина Б,
- 0,75%-ный р-р хлорамина Б+0,5 г моющего средства, (приказ № 720)

#### **Подкладные судна и мочеприемники**

- содержимое вылить в унитаз,

- судно ополоснуть проточной водой,
- погрузить в 1%-ный раствор хлорамина на 120 минут,
- промыть под проточной водой и высушить (приказ № 720)

### **Клизменные наконечники и газоотводные трубки**

После использования обеззараживаются в одном из дезинфицирующих растворов:

- 3%-ный раствор хлорамина, экспозиция 60 минут,
- 0,05%-ный раствор нейтрального анолита 30 минут,
- 2%-ный раствор питьевой соды, кипячение 15 минут,
- 4%-ный раствор перекиси водорода - 90 минут,

Затем промыть под проточной водой и подвергнуть предстерилизационной очистке. Используется один из моющих растворов:

- раствор «Биолота» - на 15 минут - температура 40 °С или 0,5%-ный моющий комплекс с перекисью водорода – температура 50°С (полное погружение с заполнением внутренних каналов),
- или 3%-ный раствор питьевой соды — кипячение 15 минут - температура 50°С (для однократного применения),
- промыть под проточной водой,д,
- ополоснуть в дистиллированной воде,
- стерилизация
- автоклавирование:
- Р - 1,1 атм. = 120°С, время = 45 минут; индикатор- бензойная кислота
- химическая:

0,03%-ный раствор нейтрального анолита - 1 час, 6% перекись водорода ,температура - 18° С, время 5 часов, а температура - 50°С, время - 3 часа.

Ведется «Журнал учета химической стерилизации» и 1 раз в месяц сдаются бакпосевы в баклабораторию на стерильность. ОСТ № 42 от 21.02.85 г.

### **Помещения, предметы обстановки**

Двукратное протирание ветошью, смоченной в одном из растворов:

- 1%-ный раствор хлорамина Б,
- 3%-ный раствор перекиси водорода с моющим средством,
- 0,5%-ный раствор гипохлорида кальция.

### **Катетеры и зонды**

- погрузить в 1%-ный раствор хлорамина на 30 минут; при загрязнении кровью - в 3%-ный раствор хлорамина на 1 час,
- промыть под проточной водой с разминанием,
- погрузить в один из моющих комплексов на 15 минут,
- промыть под проточной водой,
- ополоснуть в дистиллированной воде,
- стерилизуется в ЦСО после просушивания и укладки в пеленку, затем в бикс (приказ № 720).

### **Уборочный инвентарь.**

Погрузить в один из растворов, затем промыть под проточной водой, высушить:

- 1% -ный раствор хлорамина Б на 60 минут,
- 0,5% -ный раствор гипохлорида кальция на 60 минут,
- 1% -ный раствор хлорной извести на 60 минут (приказ № 720)

### **Использованная ветошь**

Погрузить в один из растворов на 60 минут:

- 1% -ный раствор хлорамина Б,
- 0,5% -ный раствор гипохлорида кальция,
- прокипятить в 2%-ном растворе соды 15 минут,
- прокипятить в дистиллированной воде 30 минут ОСТ № 42  
Приказ №720

### **Мочалки для мытья пациентов**

- прокипятить в дистиллированной воде 30 минут,
- прокипятить в 2%-ном растворе соды 5 минут.

### **Дезинфекция резиновых перчаток:**

- после использования перчатки погрузить в 1%-ный раствор хлорамина на 30 минут, если загрязнены кровью, погрузить в 3%-ный раствор хлорамина на 1 час,
- промыть под проточной водой
- погрузить в моющий комплекс на 15 минут,
- промыть под проточной водой,
- ополоснуть в дистиллированной воде,
- просушить, пересыпать тальком каждую пару перчаток, завернуть перчатки в пленку, уложить в бикс и отправить в ЦСО (приказ №720)

### **Клеенки и резиновые фартуки.**

протереть двукратно с интервалом 15 минут одним из дезрастворов согласно инструкции

**Машинка для стрижки волос**

разобрать,

очистить от волос,

полностью погрузить в 70%-ный этиловый спирт на 15 минут.

**Селенгинская районная больница**

Наименование учреждения

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА №110**

**СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО**

Дата и время поступления **14.04.99 г. 10 часов 15 минут**

Дата и время выписки \_\_\_\_\_

Отделение **терапевтическое**, палата № 5

Проведено койко-дней \_\_\_\_\_

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

Группа крови \_\_\_\_\_ Ресурс-принадлежность \_\_\_\_\_

Побочное действие лекарств (непереносимость) **крапивница на пенициллин**

(со слов пациента).

Фамилия, имя, отчество: **Козаков Иван Васильевич**

Пол: **мужской**

Возраст: **62**

Постоянное место жительства: город село (подчеркнуть)

**Кабанский район, пос. Селенгинск, ул. Советская, 5, тел. 5-51-62**

Место работы, профессия или должность **«Тепловые сети» - оператор**

Кем направлен больной: **врач Карпенко**

Доставлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет-через часов после начала заболевания, полученные травмы, госпитализирован в плановом порядке (подчеркнуть)

Диагноз направившего учреждения: **хронический бронхит, стадия обострения**

Диагноз при поступлении \_\_\_\_\_

Диагноз клинический \_\_\_\_\_ дата установления \_\_\_\_\_

Диагноз заключительный клинический \_\_\_\_\_

а) \_\_\_\_\_  
основной

б) \_\_\_\_\_  
осложнение основного

в) \_\_\_\_\_  
сопутствующий

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агкацева С.А. Обучение практическим навыкам в системе среднего медицинского образования.- М., 1997. – 431 с.
2. Брико Н.И. Особенности эпидемиологии внутрибольничных инфекций на современном этапе, «Медицинская сестра», № 2, 2000.
3. Краснов А.Ф. Сестринское дело, том 2.-М.,2004.- 693 с.
4. Медицинская сестра: Практическое руководство по сестринскому делу / Под. Ред. Л.А. Корчинского.- СПб.:Гиппократ, 1998.- 272с.
5. Мухина С.А., Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела.- М., 2001.- 570 с.
6. Мухина С.А., Тарновская И.И. Практическое руководство к предмету / Основы сестринского дела / Учебник. – М., Родник, 1998.- 430 с.
7. О введении в действие отраслевого классификатора. Простые медицинские услуги, Приказ Министерства Здравоохранения РФ от 10.04.2001 за № 113,/Проблемы стандартизации в здравоохранении, №4, 2001.
8. Учебное пособие по основам сестринского дела / Под ред. А.И. Шпирина, - М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003.- 579 с.
9. Сестринский уход при повреждении тканей: пролежни, LEMON, «Медицинская помощь», № 3, 1997.
10. Сестринский процесс и документация, LEMON, гл. 1-13, М.,1996.
11. Фомин И.Г. Общий уход за больным. – М.: Медицина, 2000. – 375 с.
12. Этический кодекс медицинской сестры России. – М.,1998.

*Пособие*

*Составитель*

*Вера Нинельевна Фоминых*

*Преподаватель ГАОУ СПО «Байкальский базовый медицинский колледж МЗ РБ»*

**Протоколы (алгоритмы)  
манипуляций  
по дисциплине «Сестринское дело в терапии с курсом  
первичной медико – санитарной помощи»**

в авторской редакции