

Ассоциация сестринских персоналов  
Кыргызстана  
Министерство здравоохранения  
Кыргызской Республики

# СТАНДАРТЫ

## сестринских манипуляций и сестринского ухода

(методические указания для медицинских сестер,  
фельдшеров стационаров, поликлиник, ФАПов)  
Изданы при техническом содействии ЮСАИД

1998 г.

г. Бишкек, Кыргызстан



Узбекистанская больница

Сары-Таш

Менс казан 03.06.99г

Агаев



Ассоциация сестринских персоналов  
Кыргызстана

Министерство здравоохранения  
Кыргызской Республики

# СТАНДАРТЫ

## сестринских манипуляций и сестринского ухода

(методические указания для медицинских сестер,  
фельдшеров стационаров, поликлиник, ФАПов)

Изданы при техническом содействии ЮСАИД

1998 г.

г. Бишкек, Кыргызстан

## СОСТАВ

рабочего комитета по разработке стандартов  
сестринских манипуляций и сестринского ухода

- Михайлова Н.И.** — заместитель начальника Управления образования, науки и кадровой политики Минздрава
- Сактанова Т.С.** — главный специалист по сестринскому делу Минздрава
- Жамансариева Б.Ш.** — главный врач НИИ акушерства и педиатрии
- Исакова Ж.К.** — преподаватель по сестринскому делу Республиканского центра непрерывной подготовки медицинских и фармацевтических работников (РЦНПМиФР)
- Таштемирова К.А.** — методист учебно — методического отдела РЦНПМиФР
- Исакова Ф.Б.** — зав. циклом "Сестринское дело" Республиканского медицинского училища
- Хохленок Л.В.** — заместитель главного врача по сестринскому делу НИИ акушерства и педиатрии
- Капленко О.В.** — заместитель главного врача по сестринскому делу НИИ онкологии и радиологии
- Дешпет О.П.** — заместитель главного врача по сестринскому делу городской клинической больницы скорой медицинской помощи
- Семиненко Г.М.** — главная медсестра Республиканской клинической больницы



## РЕЦЕНЗИЯ

### на "Стандарты сестринских манипуляций и сестринского ухода"

На рецензию представлены учебные материалы "Стандарты сестринских манипуляций и сестринского ухода", которые являются важнейшим разделом в практической работе сестринского персонала. Это еще весьма актуально и потому, что в настоящее время идет процесс реформирования системы медицинского образования, а также практической деятельности медицинской сестры, акушерки, фельдшера и заметно повысит престиж данных профессий.

Данная работа преследует цель с максимальной эффективностью использовать данные материалы в работе медицинских сестер, что особенно важно для начинающих свою медицинскую деятельность и не имеющих специальных практических навыков.

Стандарты являются практически выверенными материалами, которые соответствуют международным требованиям и могут быть рекомендованы для широкого их применения на практике.

**Рецензент**

**Толстых Н. П.,**

к.м.н., преподаватель по сестринскому делу Республиканского центра непрерывной подготовки медицинских и фармацевтических работников



# АННОТАЦИЯ

## на учебный материал “Стандарты сестринских манипуляций и сестринского ухода”

Данные стандарты подготовлены рабочим комитетом, созданным из специалистов медицинских сестер, фельдшеров, преподавателей и врачей всех уровней здравоохранения Кыргызской Республики. В результате кропотливой работы, изучения всех действующих Инструкций, Положений и специальной литературы о сестринских манипуляциях и сестринском уходе подготовлен краткий материал и техническая последовательность действий медицинской сестры по выполнению сестринских манипуляций и сестринского ухода. Медицинскому работнику необходимо изучить стандарт и строго следовать ему. Четкость выполнения стандарта обеспечит высокое качество работы, уменьшит затраты времени на их выполнение, исключит осложнения и психологический дискомфорт пациента и медработника; что в конечном итоге позволит эффективно использовать труд медицинской сестры и определить критерии качества ее работы.

Дальнейшая работа по созданию стандартов позволит охватить весь комплекс манипуляций сестринского ухода и помощи в отрасли здравоохранения республики.

Рабочий комитет использовал в подготовке стандартов доступные материалы зарубежных специалистов, личные наблюдения в зарубежных командировках в работе медицинских сестер, и особенно опыт сестринского персонала Канзасского Университетского госпиталя (штат Канзас, США).

Стандарты подготовлены благодаря всесторонней помощи и искренней заинтересованности в улучшение оказания медицинской помощи населению Кыргызстана координатору партнерства Кыргызстан — Канзас, медицинской сестре Луиз Редфорд, которой мы выражаем глубокую признательность и благодарность.

**Ассоциация сестринских персоналов Кыргызстана.**



# ПРОВЕДЕНИЕ ВЫЯВЛЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО

## ЧАСТЬ I УХОД

### ПРИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУРАХ

1. Выявление инфекционного заболевания у пациента.
2. Проведение лечебно-диагностических процедур.
3. Забор материала для исследования.
4. Заполнение документации.
5. Проведение мероприятий по уходу за пациентом.
6. Проведение санитарно-эпидемиологических мероприятий.

## **ТЕМА: ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ПРИЕМЕ ПАЦИЕНТА В СТАЦИОНАР**

Приемное отделение — часть стационара, где производится прием, регистрация, санитарная обработка и транспортировка пациента в отделение.

Приемное отделение бывает централизованное и децентрализованное.

В приемном отделении работает врач и медицинская сестра.

Медсестра должна знать:

- виды документации приемного отделения;
- симптомы и признаки наличия инфекции;
- мероприятия при выявлении инфекции;
- понятия: антропометрия, педикулез;

Медсестра должна уметь:

- заполнять медицинскую документацию;
- производить санитарную обработку пациента;
- измерять температуру;
- работать с ростомером, медицинскими весами, спирометром, динамометром.

## **С Т А Н Д А Р Т ПРИЕМ ПАЦИЕНТА В СТАЦИОНАР**

1. ПРИГОТОВЬТЕ: журнал регистрации приема больных, истории болезни, термометр, шпатели, все необходимое для проведения антропометрии, санитарной обработки больного и его белья.

### **АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

2. Проверьте наличие всех документов для поступления в стационар.
3. Зарегистрируйте в журнале "Регистрация пациентов" в алфавитном порядке.
4. Заполните паспортную часть истории болезни
5. Проведите мероприятия по выявлению инфекционных заболеваний.
6. Проведите антропометрию и запишите в истории болезни.



7. Проведите в санитарный пропускник и осмотрите на педикулез, при обнаружении вшей проведите обработку по пр. 288.
8. Проведите санитарную обработку пациента (полную или частичную).
9. Переоденьте его в больничный халат.
10. Сопроводите пациента в отделение.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** вид санитарной обработки и транспортировки определяет врач в зависимости от состояния пациента.

## **С Т А Н Д А Р Т** **ПРОВЕДЕНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ** **ВЫЯВЛЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ**

1. Вымойте руки, высушите.
2. **ПРИГОТОВЬТЕ:** термометр, шпатель в тройном растворе, дезинфицирующие растворы, емкости, полотенце.
3. Измерьте температуру тела в подмышечной впадине, дайте оценку.
4. Осмотрите зев пациента с помощью шпателя (дайте оценку).
5. Осмотрите кожные покровы.
6. Обработайте термометры, шпатели по пр. 408.

**ОБРАБОТКА:** Термометры погрузите в 3 % раствор хлорной извести на 1 час, затем промойте под проточной водой, вытрите насухо и положите в лоток. Шпатели погрузите в 3 % раствор хлорной извести, затем промойте под проточной водой, проведите предстерилизационную очистку и простерилизуйте.

## **С Т А Н Д А Р Т** **МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ** **ИНФЕКЦИОННОГО БОЛЬНОГО** **АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Пациента поместите в изолятор.
2. **ПРИГОТОВЬТЕ:** экстренное извещение, дезинфицирующие средства и уборочный инвентарь.



3. Сообщите по телефону СЭС о случае инфекционного заболевания.
4. Проведите заключительную дезинфекцию в смотровой комнате с использованием дезинфицирующих средств.
5. Заполните экстренное извещение об инфекционном заболевании на пациента.

## **С Т А Н Д А Р Т ОБРАБОТКА ПОМЕЩЕНИЙ ПОСЛЕ ИНФЕКЦИОННОГО БОЛЬНОГО АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Вымойте руки, высушите.
2. Наденьте перчатки, специальный халат.
3. ПРИГОТОВЬТЕ: ветошь, дезинфицирующие средства (3 % раствор хлорной извести или 3 % раствор хлора — мина или НГК, ДТСГК, 6 % перекиси водорода), емкости эмалированные (для пола и стен).
4. Смочите ветошь в дезинфицирующем растворе.
5. Тщательно протрите поверхности тумбочек, подоконников, кушетки, затем полы.
6. Повторите через 15 минут процедуру в той же последовательности.
7. Повторите еще через 15 минут процедуру ветошью, смоченной в воде.
8. Обработайте ветошь, емкости высушите.
9. Снимите перчатки, обработайте по пр. 408.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** уборочный инвентарь должен использоваться строго по маркировке и храниться в отведенном месте.

## **С Т А Н Д А Р Т АНТРОПОМЕТРИЯ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Вымойте руки, высушите.
2. ПРИГОТОВЬТЕ: ростомер, медицинские весы, спирометр, сантиметровую ленту, 1 % раствор хлорной извести, 96% спирт.



3. Измерьте рост:
  - а) предложите больному снять обувь;
  - б) поднимите планку ростомера по шкале;
  - в) поставьте пациента так, чтобы он имел 4 точки
  - г) опустите планку на голову и отметьте по шкале;
  - д) запишите данные в истории болезни;
  - е) обработайте ростомер.
4. Измерьте вес.
  - а) откройте затвор на весах;
  - б) отрегулируйте весы;
  - в) поставьте больного на середину площадки весов;
  - г) отрегулируйте весы;
  - д) запишите данные в историю болезни;
  - е) площадку весов обработайте.
5. Измерьте объем головы:
  - а) предложите снять головной убор;
  - б) сантиметровой лентой обхватите голову: сзади затылочные бугры, спереди надбровные бугры;
  - в) запишите данные в историю болезни;
  - г) обработайте сантиметровую ленту.
6. Измерьте окружность груди:
  - а) предложите больному снять верхнюю одежду;
  - б) возьмите сантиметровую ленту и проведите по лопаткам, соскам;
  - в) запишите в историю болезни;
  - г) обработайте сантиметровую ленту.
7. Проведите спирометрию:
  - а) мундштук спирометра протрите 96 % спиртом;
  - б) предложите пациенту сделать глубокий вдох, а выдох в спирометр;
  - в) отметьте на спирометре данные и запишите в историю болезни;
  - г) мундштук спирометра протрите 96 % спиртом.

**ДЕЗИНФЕКЦИЯ:** площадку ростомера, весов, сантиметровую ленту протрите ветошью, смоченной в 3 % растворе хлорной извести 2-хкратно и с интервалом 15 минут протрите ветошью, смоченной в воде.



## **С Т А Н Д А Р Т** **ОСМОТР БОЛЬНОГО НА ПЕДИКУЛЕЗ** **АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Вымойте руки и высушите.
2. ПРИГОТОВЬТЕ: лупу, частый гребень, тройной раствор.
3. Заведите пациента в ванную комнату, посадите на кушетку.
4. Если волосы пациента длинные, распустите их, наденьте перчатки.
5. При помощи расчески и лупы осмотрите голову пациента, особое внимание уделите затылочной, теменной областям и за ушами;
6. Попросите пациента раздеться. Осмотрите нательное белье;
7. Внимательно осмотрите другие волосистые части тела (подмышечные впадины, лобковую область);
8. Погрузите гребень в тройной раствор на 1 час;
9. Снимите перчатки, обработайте по пр.408.

## **С Т А Н Д А Р Т** **ОБРАБОТКА ПРИ ПЕДИКУЛЕЗЕ** **АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. ПРИГОТОВЬТЕ: карбофос 0,15 % или 5 % мазь метилацетофоса или 10 % раствор мыльнокерасиновой эмульсии, 6 % раствор уксусной кислоты, простынь, полотенце, клеенчатую косынку, гребень, фартук, перчатки, мыло, историю болезни, клеенчатый мешок, экстренное извещение.
2. Оденьте халат, чепчик, перчатки.
3. Приготовьте 0,15 % раствор карбофоса (995 мл воды, 5 мл 30 % карбофоса).
4. Усадите пациента в ванной комнате, плечи накройте простыней.
5. Обработайте голову 10 % раствором мыльнокерасиновой эмульсии и оденьте на голову клеенчатую косынку.
6. Оставьте на 15 – 20 минут.



7. Прочешите мелким гребешком над ванной.
8. Обработайте голову подогретым 6 % раствором уксусной кислоты.
9. Наденьте косынку на 15 – 20 минут.
10. Вымойте голову моющим средством.
11. Разденьте больного, вещи сложите в клеенчатый мешок с 0,15 % раствором карбофоса, вложите перечень одежды.
12. Сбрейте волосы на лобке, подмышечных впадинах.
13. Отметьте в истории болезни наличие педикулеза.
14. Заполните экстренное извещение и отправьте в санэпидстанцию.

## **С Т А Н Д А Р Т САНИТАРНАЯ ОБРАБОТКА БОЛЬНОГО**

(общая, частичная)

1. Вымойте руки, высушите.
2. ПРИГОТОВЬТЕ: обеззараженную мочалку, мыло, полотенце или простынь, бритву, ножницы и тройной раствор, комплект постельного белья.
3. Заведите пациента в ванную.
4. Полная обработка. Наполните ванну водой 40° С.
5. Пациента уложите в ванну и помогите помыться.
6. Помогите больному обтереться и одеться.
7. Обработайте ванну.

## **С Т А Н Д А Р Т ОБРАБОТКА ВАННЫ ПОСЛЕ БОЛЬНОГО АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Наденьте перчатки, фартук;
2. ПРИГОТОВЬТЕ: ветошь, детергенты или моющие средства, емкости, клеенку.
3. Двукратно протрите ванну ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе с интервалом 15 минут или детергентом.



4. Еще через 15 минут вымойте ванну моющим средством.
5. Ополосните ванну горячей водой.
6. После высыхания накройте ванну клеенкой.
7. Снимите перчатки, обработайте их по пр.408.

## С Т А Н Д А Р Т ТРАНСПОРТИРОВКА БОЛЬНОГО В ОТДЕЛЕНИЕ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ

1. Пешим ходом:
  - а) возьмите историю болезни.
  - б) проводите пациента в отделение.
  - в) передайте историю болезни медицинской сестре.
2. На каталке, носилках:
  - а) ПРИГОТОВЬТЕ: каталку, простыни, одеяло, дезинфицирующий раствор, ветошь.
  - б) настелите простынь на каталку.
  - в) уложите пациента на каталку.
  - г) накройте пациента одеялом.
  - д) доставьте в отделение, передайте историю болезни медицинской сестре.
3. На кресле – каталке:
  - а) ПРИГОТОВЬТЕ: кресло – каталку, простынь, одеяло, дезинфицирующий раствор, ветошь.
  - б) постелите простынь на кресло – каталку.
  - в) усадите пациента, придерживая ногой подставку для ног.
  - г) укройте одеялом.
  - д) доставьте в отделение.
  - е) передайте историю болезни медицинской сестре;
  - ж) обработайте кресло – каталку.

**ДЕЗИНФЕКЦИЯ:** каталки, кресло – каталки, носилки протирают дважды ветошью, смоченной в 3 % растворе хлорной извести с интервалом 15 минут, затем ветошью, смоченной в воде.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** вид транспортировки определяет врач.



## **ТЕМА: ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ. МЕРЫ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ**

1. Мытье рук до и после процедуры.
2. Удаление резервуаров инфекции (раскисшее мыло в мыльницах).
3. Применение защитных барьеров (халаты, очки, перчатки, маски).
4. Правильное обращение с режущими и колющими инструментами (иглы, скальпели, скарификаторы).
5. Обработка ран, разрезов.
6. Правильная дезинфекция, предстерилизационная обработка и стерилизация медицинского инструментария и оборудования

## **С Т А Н Д А Р Т МЫТЬЕ РУК, КИСТЕЙ, ПРЕДПЛЕЧИЙ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Подойдите к раковине. Следите, чтобы ваша одежда не прикасалась к раковине во время процедуры мытья рук.
2. Включите воду и отрегулируйте температуру. Убедитесь, что вода не обрызгала вашу одежду.
3. Намочите руки и намыльте их. Пользуясь мылом, держите его в руках на протяжении всего процесса мытья рук.
4. Тщательно растирая руки круговыми движениями, мойте ладони, обратную сторону кистей, каждый палец, области между пальцами и места сгибов пальцев.
5. Мойте кисти и предплечья. Тщательно трите, используя круговые движения.
6. После мытья ополосните мыло под струей воды и положите в мыльницу, не дотрагиваясь до нее. Тщательно ополосните руки под струей воды.
7. Вытрите предплечья, запястья и кисти полотенцем. Выключите воду, пользуясь полотенцем так, чтобы грязь не попала на руки снова.
8. В течение всего процесса мытья рук и предплечий держите кисти и предплечья выше локтей.  
При предупреждении распространения внутрибольничной инфекции особое значение придается соблюдению чистоты и стерильности.



– Дезинфекция – неполное уничтожение патогенной микрофлоры.

– Дезинфекция проводится разными способами.

– Дезинфицируют все, что окружает нас и используется в лечебном учреждении.

– Дезинфекция химическими веществами используется чаще, чем другие виды дезинфекции.

Технические инструменты подвергаются стерилизации.

Стерилизация – полное уничтожение патогенных и непатогенных микроорганизмов и спор.

Стерилизацию проводят специальные службы.

Стерилизация проводится действием различных факторов (Т, Р, время).

Стерилизационный материал подвергается контролю.

## **С Т А Н Д А Р Т** **ПРИГОТОВЛЕНИЕ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИХ** **СРЕДСТВ**

**(10 % осветленный раствор хлорной извести)**

**ПРИГОТОВЬТЕ:** 1 кг хлорной извести, 10 л воды, эмалированную емкость, перчатки, деревянную лопатку.

### **АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Наденьте перчатки, респиратор.
  2. Возьмите 1 кг сухой хлорной извести, разбавьте небольшим количеством приготовленной воды в эмалированной емкости, размешивая долейте оставшееся количество воды.
  3. Перемешайте деревянной лопаткой.
  4. Закройте крышкой и поставьте в темном месте на 24 часа.
  5. Через 24 часа процедите и оставьте в темном месте.
- Срок хранения 7 суток.

### *Рабочие растворы хлорной извести*

Готовьте рабочие растворы ежедневно

1 % раствор – 1 л осветленного 10 % раствора хлорной извести, долейте воды до 10 литровой отметки (9 л воды).

3 % раствор – 3 л осветленного 10 % раствора хлорной извести, долейте воды до 10 литровой отметки (7 л воды).



## *Рабочие растворы хлорамина*

Готовьте непосредственно перед применением.

1 % раствор — 10 г хлорамина на 990 мл горячей воды

3 % раствор — 30 г хлорамина на 970 мл горячей воды,

300 г хлорамина на 9700 мл горячей воды.

### **ЗАПОМНИТЕ!**

1. Емкости с дезинфицирующими средствами должны быть промаркированы, с указанием названия раствора, его концентрации и даты приготовления.

2. Дезинфицирующие растворы — готовить и хранить в специальном помещении.

3. 10 % осветленный (или основной) раствор хлорной извести можно хранить и использовать в течение 7 — 10 дней.

4. Рабочие растворы необходимо готовить ежедневно.

5. Растворы хлорамина готовить непосредственно перед употреблением.

6. При попадании дезинфицирующего раствора на кожу или слизистые оболочки следует немедленно промыть их проточной водой.

## **СТАНДАРТ ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИМИ СРЕДСТВАМИ**

1. Вымойте руки, высушите.

2. Приготовьте молоко, 2 % раствор пищевой соды.

3. Немедленно и обильно промойте пораженное место проточной водой.

4. Выйдите из помещения на свежий воздух.

5. Прополощите рот и носоглотку водой.

6. Выпейте теплое молоко с пищевой содой.

7. При попадании препарата в глаза промойте их проточной водой или 2 % раствором пищевой соды в течение нескольких минут.



## **С Т А Н Д А Р Т ДЕЗИНФЕКЦИЯ РЕЗИНОВЫХ ИЗДЕЛИЙ**

1. Приготовьте емкость с водой.
2. Промойте изделия в емкости, если есть внутренние каналы, пропустите воду через каналы.
3. Смывные воды засыпьте сухой хлорной известью, из расчета 200,0 на 1 л воды, оставьте на 60 минут, затем слейте.
4. Продезинфицируйте резиновые изделия одним из методов: или кипячением в дистиллированной воде, или в автоклаве, или замачиванием в дезинфицирующем растворе на 1 час, промойте под проточной водой до исчезновения запаха.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** Резиновые изделия или их части, не соприкасающиеся со слизистыми больного, дезинфицируются способом 2-кратного протирания с интервалом 15 минут ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе.

## **С Т А Н Д А Р Т ДЕЗИНФЕКЦИЯ ИНСТРУМЕНТОВ, ШПРИЦЕВ, ИГЛ, СОПРИКАСАЮЩИХСЯ С КРОВЬЮ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Приготовьте емкость с водой.
2. Промойте инструменты, загрязненные кровью в емкости, пропуская через внутренние каналы.
3. Смывные воды засыпьте хлорной известью из расчета 200,0 г на 1 л воды, слейте через 60 минут.
4. Инструменты, шприцы, иглы продезинфицируйте одним из методов.

### **КИПЯЧЕНИЕ:**

- а) положите инструменты: шприцы, иглы в емкость;
- б) долейте дистиллированной воды до полного погружения инструментов;
- в) доведите до кипения и кипятите 30 минут;

**ПРИМЕЧАНИЕ:** при кипячении в 2 % растворе соды кипятите в течение 15-ти минут.



## **ПАРОВОЙ:**

- а) инструменты, шприцы, иглы в разобранном виде уложите в коробки или лотки;
- б) уложите в автоклав и дезинфицируйте при давлении — 0,05 мПа,  $T$  —  $110^{\circ} C$ , время — 20 минут.

## **ВОЗДУШНЫЙ:**

- а) инструменты, шприцы, иглы в разобранном виде сложите в лоток;
- б) лотки поставьте в сухожаровой шкаф;
- в) дезинфицируйте при  $T$  —  $120^{\circ} C$ , время — 45 минут.

## **ХИМИЧЕСКИЙ:**

- а) Изделия полностью погрузите в один из дезинфицирующих растворов, если есть каналы, пропустите через каналы:

раствор перекиси водорода 6 % — 60 минут;

раствор формалина 4 % — 60 минут;

раствор дезоксона 0,5 % — 60 минут;

раствор хлорамина 3 % — 60 минут;

ДП — 2 0,5 % — 60 минут;

НРК 0,6 % — 60 минут.

Раствор перекиси водорода 6 % с моющим средством промойте под проточной водой до исчезновения запаха.

# **С Т А Н Д А Р Т ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННАЯ ОЧИСТКА ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. ПРИГОТОВЬТЕ: 0,5 % моющий раствор, ерши, емкости, изделия в разобранном виде.
2. Полностью погрузите изделия в моющий раствор на 15 минут.
3. Промойте каждое изделие в моющем растворе с помощью ерша.
4. Ополосните под проточной водой в течение 10 минут.
5. Проведите контроль качества предстерилизационной очистки, оцените результат.



6. Ополосните в дистиллированной воде.
7. Высушите в сухожаровом шкафу при  $T = 85^{\circ} C$ .
8. Уложите в бикс после упаковки в крафт — пакет.

## **С Т А Н Д А Р Т КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ ОЧИСТКИ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Вымойте руки, высушите.
2. ПРИГОТОВЬТЕ: 5 % раствор амидопиринна, 30 % раствор уксусной кислоты, 3 % раствор перекиси водорода, 1 % раствор спиртового фенолфталеина, азопирам, пипетки, шприцы — 10 % от общего количества.

### **АМИДОПИРИНОВАЯ ПРОБА:**

1. Возьмите в равных количествах 5 % раствор амидопиринна, 30 % уксусной кислоты, 3 % перекиси водорода.
2. Перемешайте и наберите в пипетку.
3. Введите раствор в цилиндр шприца.
4. При изменении цвета раствора в сине — зеленый проба считается положительной, шприцы погрузите вновь в моющий раствор и повторите обработку.

При изменении цвета проба считается отрицательной, можно стерилизовать.

### **ФЕНОЛФТАЛЕИНОВАЯ ПРОБА**

1. Возьмите один из 10 шприцев и введите в цилиндр 1 % раствор фенолфталеина.
2. При изменении цвета на розовый проба положительная, промойте полностью все шприцы под проточной водой.

### **АЗОПИРАМОВАЯ ПРОБА:**

1. Составьте раствор из равного количества азопирама и 3 % раствора перекиси водорода.
2. Введите раствор в цилиндр шприца.
3. При изменении цвета в сине — зеленый, сине — фиолетовый в течение 1 минуты повторите предстерилизационную очистку сначала.



## **С Т А Н Д А Р Т**

### **СТЕРИЛИЗАЦИЯ ШПРИЦЕВ, ИГЛ**

1. ПРИГОТОВЬТЕ: крафт – пакет или бязь, бикс.
2. Сложите в крафт – пакет по 1 шприцу и соответствующие иглы.
3. Сверните крафт – пакет, отметьте на нем емкость шприца.
4. Сложите крафт – пакет в бикс.

### **СТЕРИЛИЗАЦИЯ ПАРОВЫМ МЕТОДОМ**

5. Заложите в автоклав.
6. Стерилизуйте при  $P = 0,2$  мПа,  $T = 132^\circ$  в течение 20 минут.
7. Между биксами положите индикатор стерильности.

### **СТЕРИЛИЗАЦИЯ ВОЗДУШНЫМ МЕТОДОМ**

1. Заложите биксы в сухожаровой шкаф.
2. Положите в шкаф индикатор стерильности.
3. Стерилизуйте в течение 60 минут при  $T = 180^\circ$  С.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** при стерилизации в открытой емкости иглы и шприцы в разобранном виде не упаковывают.

### **СТЕРИЛИЗАЦИЯ ХИМИЧЕСКИМ МЕТОДОМ**

1. Погрузите шприцы в разобранном виде, иглы в емкость с одним из растворов:  
раствор перекиси водорода 6 % при  $T = 18^\circ$  С на 360 минут,  
раствор перекиси водорода при  $T = 50^\circ$  С на 180 минут,  
раствор дезоксона 1 % на 45 минут.
2. Проведите биопробу на стерильность.
3. Промойте емкости со стерильной водой.
4. Заложите в стерильную коробку, выложенную стерильной простыней.

## **С Т А Н Д А Р Т**

### **СТЕРИЛИЗАЦИЯ РЕЗИНОВЫХ ПРИБОРОВ**

### **АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

#### **ПАРОВОЙ МЕТОД:**

1. Заверните резиновые изделия в крафт – пакет или бязь.
2. Приготовьте биксы, откройте биковые отверстия.



3. Сложите изделия в бикс.
4. Положите биксы, индикаторы стерильности в автоклав.
5. Стерилизуйте при  $T - 120^{\circ} C$ ,  $P - 0,11$  мПа в течение 45 минут.

### **ХИМИЧЕСКИЙ МЕТОД:**

1. Погрузите резиновые изделия в один из растворов: перекиси водорода 6 % при  $T - 18^{\circ} C$  на 360 минут, перекиси водорода 6 % при  $T - 50^{\circ} C$  на 180 минут, дезоксона 1 % при  $T - 18^{\circ} C$  на 45 минут.
2. Промойте изделия стерильной водой.
3. Выложите изделия в стерильные биксы.

## **С Т А Н Д А Р Т ТЕХНИКА СТЕРИЛИЗАЦИИ ОПТИЧЕСКИХ ПРИБОРОВ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Вымойте руки, высушите.
2. ПРИГОТОВЬТЕ: теплый мыльный раствор, раствор сулемы (оксицианистой ртути) 1:1000, спирт 90 %, дистиллированную воду.
3. Промойте стерилизационные части разобранного прибора теплым мыльным раствором.
4. Обработайте каждую деталь спиртом.
5. Погрузите стерилизуемые части в раствор сулемы на 20 минут.
6. Промойте дистиллированной водой перед применением те части прибора, которые будут соприкасаться с тканями и органами.



## **ТЕМА: ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА ПАЦИЕНТА**

Личная гигиена — комплекс мероприятий и рекомендаций, направленных на сохранение здоровья.

Правила личной гигиены — залог скорейшего выздоровления больного человека.

Медсестра должна знать:

- антисептические растворы;
- понятие "пролежни";
- элементы ухода за различными частями тела;

### **СМЕНА БЕЛЬЯ**

Смена белья пациентам проводится 1 раз в 7 — 10 дней.

Смена белья проводится одновременно с приемом ванны и душа. Смена белья проводится после текущей уборки в помещении.

Смена белья тяжелобольным проводится по мере загрязнения.

Смена белья тяжелобольным проводится медицинским персоналом в постели.

Для проведения процедуры медицинская сестра должна знать:

— виды режимов двигательной активности, условия их соблюдения;

уметь:

- приготовить постель для тяжелобольного;
- дезинфицировать белье, загрязненное кровью, выделениями;
- придать удобное положение тяжелобольному.

## **С Т А Н Д А Р Т СМЕНА БЕЛЬЯ**

### **СМЕНА ПОСТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

Предупредите пациента о предстоящей смене белья (постельного).

1. Вымойте руки, высушите.
2. **ПРИГОТОВЬТЕ:** чистую простынь, наволочки, клеенчатый мешок для сбора грязного белья.

### **ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА ПОСТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ**

(разрешено поворачиваться в постели).

3. Чистую простынь скатайте по длине до половины.



4. Осторожно поднимите голову пациента и уберите подушку.
5. Подвиньте пациента к краю кровати, повернув его на бок.
6. Грязную простынь скатайте по всей длине по направлению к пациенту.
7. На освободившуюся часть постели расстелите чистую простынь, поверните пациента на спину, а затем на другой бок так, чтобы он оказался на чистой простыне.
8. Уберите грязную простынь и расправьте чистую.
9. Края простыни подверните под матрац.

## **ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА СТРОГИЙ ПОСТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ**

**(поворачивание пациента производите как можно более мягко и осторожно).**

1. Чистую простынь скатайте как бинт в поперечном направлении.
2. Осторожно приподнимите верхнюю часть туловища пациента до поясицы.
3. Уберите подушку.
4. Быстро скатайте грязную простынь со стороны изголовья кровати до поясицы, положив на освободившуюся часть кровати чистую простынь.
5. На чистую простынь положите подушку и опустите голову пациента.
6. Приподнимите нижнюю часть туловища, а затем ноги пациента, сдвиньте грязную простыню, продолжая расправлять чистую.
7. Опустите нижнюю часть туловища и ноги больного.
8. Заправьте края простыни под матрац.
9. Заранее поменяйте наволочку и пододеяльник.
10. Соберите грязное белье в клеенчатый мешок для белья и отнесите в бельевую.

## **СМЕНА НАТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

Предупредите пациента о предстоящей смене белья.

1. Вымойте руки, высушите.



2. ПРИГОТОВЬТЕ: чистое нательное белье, клеенчатый мешок для грязного белья.
3. Слегка приподнимите верхнюю часть туловища, соберите рубашку со спины к шее.
4. Приподнимите руки пациента до уровня плеч.
5. Снимите рубашку через голову.
6. Снимите рукава с рук.
7. Наденьте чистую рубашку в следующем порядке: сначала рукава, а затем через голову и расправьте на туловище.

В процессе смены белья будьте внимательны и осторожны.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** а) если рука повреждена, то вынимают рукав сначала со здоровой, а затем с больной руки;

б) если одна рука повреждена, то надевают сначала на больную руку, а затем на здоровую и надевают рубашку через голову, расправляя вдоль спины.

## **С Т А Н Д А Р Т**

### **ПРИГОТОВЛЕНИЕ ПОСТЕЛИ ПАЦИЕНТУ**

### **АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Вымойте, высушите руки.
2. ПРИГОТОВЬТЕ: 1 % раствор хлорамина для обработки кровати, тумбочки, стены у кровати, кроме того матрац, наматрачник, две подушки, одеяло (по сезону) байковое или ватное, клеенку, 2 чистые наволочки, простынь, пододеяльник.
3. Протрите 1 % раствором хлорамина кровать, тумбочку и стену у кровати с интервалом в 15 минут.
4. Положите на кровать матрац в наматрачнике и застелите клеенкой.
5. Сверху постелите простынь (без швов и заплат) и подверните края под матрац.
6. На подушки наденьте наволочки.
7. Нижнюю подушку положите прямо, а верхнюю чуть выше, чтобы упиралась в спинку кровати.
8. На одеяло наденьте пододеяльник.
9. На спинку кровати повесьте оба полотенца.



## УХОД ЗА ВОЛОСАМИ

Уход за волосами проводится ежедневно.

Уход за волосами включает:

- а) ежедневное расчесывание;
- б) мытье волос 1 раз в неделю.

Уход за волосами важен для психического и физического комфорта пациента.

Уход за волосами тяжелобольных проводит медицинский персонал.

Уход за волосами необходим для профилактики педикулеза. Для проведения процедуры медицинская сестра должна знать:

- анатомию – физиологические особенности волос, кожи;
- уметь:
  - придать удобное положение пациенту;
  - обработать предметы личной гигиены.

## С Т А Н Д А Р Т УХОД ЗА ВОЛОСАМИ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ

1. Вымойте руки, высушите.

1. ПРИГОТОВЬТЕ: расческу, мыло, теплую воду, тазик, полотенце, кувшин или чайник.

2. При помощи механического подъемника поднимите головную часть кровати на требуемый угол наклона (45°).

3. Заранее предупредите пациента о процедуре.

4. Запрокиньте голову пациента, под шею постелите клеенку.

5. На сетку поставьте таз.

6. Намочите голову теплой водой, намыльте голову мылом или шампунем и хорошо протрите, помассируйте кожу под волосами.

7. Ополосните голову теплой водой тщательно.

8. Вытрите голову сухим полотенцем.

9. Расчешите волосы.

**ДЕЗИНФЕКЦИЯ:** расческу погрузите в тройной раствор на 60 минут, затем ополосните; таз оросите 0,5 % моющим раствором с 6 % перекисью водорода, затем ополосните.



## УХОД ЗА ГЛАЗАМИ

Глаз – орган зрения, тесно связан с головным мозгом.

Глаз имеет первостепенное значение в трудовой деятельности человека.

Уход за глазами проводится ежедневно по утрам.

Уход за глазами проводится перед применением лекарственных средств в глаза.

Уход за глазами тяжелобольного проводится медсестрой.

**Для проведения процедуры медсестра должна знать:**

- анатомию – физиологические особенности глаза;
  - антисептические средства, которые можно применять для ухода за глазами;
  - термины: конъюнктива, склеры;
- уметь:
- соблюдать асептику;
  - обработать выделения;
  - подготовить пациента к процедуре;
  - объяснить пациенту о самостоятельном проведении процедуры.

## С Т А Н Д А Р Т УХОД ЗА ГЛАЗАМИ, ПРОМЫВАНИЕ ГЛАЗ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ

**Объясните пациенту необходимость и ход процедуры.**

1. Вымойте руки, высушите.
2. ПРИГОТОВЬТЕ: один из растворов ( 0,2 % раствор фурацилина, 0,1 % раствор перманганата калия), кипяченую теплую воду, стерильные тампоны, стерильный лоток для использованных тампонов.
3. Обработайте руки, наденьте перчатки.
4. В стерильный лоток положите 8 – 10 тампонов, туда же налейте один из перечисленных растворов.
5. Слегка отожмите и протрите ресницы и веки по направлению от наружного угла глаза к внутреннему, выбросьте тампоны в другой лоток.
6. Повторите процедуру 4 – 5 раз, меняя тампоны.
7. Промокните остатки раствора марлевыми салфетками.



8. В такой же последовательности промойте другой глаз.  
По ходу процедуры необходимо периодически интересоваться самочувствием пациента.

**ОБРАБОТКА:** использованные тампоны залейте 3 % раствором хлорамина на 60 минут. Лоток погрузите в 3 % раствор хлорной извести на 1 час, затем промойте и проведите предстерилизационную очистку и стерилизацию.

## **УХОД ЗА УШАМИ**

Ухо – орган слуха и равновесия.

Наружное ухо (ушная раковина, наружный слуховой проход) предназначено для улавливания и проведения звуковых колебаний.

Уход за ушами включает 2 процедуры:

- а) мытье ушной раковины;
- б) обработка наружного слухового прохода.

Мытье ушной раковины проводится ежедневно, самостоятельно. Мытье ушной раковины тяжелобольным проводит медицинская сестра ежедневно утром.

Обработка наружного слухового прохода проводится для удаления серы по мере ее накопления. Обработка наружного слухового прохода проводится при заболевании среднего уха перед введением лекарственного средства в ухо. Обработка наружного слухового прохода – опасная процедура и требует аккуратного и четкого выполнения.

Для проведения ухода за ушами медицинская сестра должна знать:

- анатомию уха;
- термины: козелок, барабанная перепонка, отит;

уметь:

- придать удобное положение пациенту;
- применить водяную баню;
- обработать использованные предметы.

## **С Т А Н Д А Р Т УХОД ЗА УШАМИ, МЫТЬЕ УШНОЙ РАКОВИНЫ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Вымойте, высушите руки.
2. **ПРИГОТОВЬТЕ:** ватные тампоны, лоток, емкость с теплой водой, клеенку, перчатки.



3. Объясните пациенту порядок проведения процедуры.
4. Обработайте руки, наденьте перчатки и постелите клеенку на грудь пациента.
5. Приготовленные предметы поставьте в легко доступном месте.
6. Поставьте лоток пациенту к шее ниже ушной раковины.
7. Обмакнув тампон в теплой воде, протрите ушную раковину и за ухом, меняя при этом тампоны.
8. Высушите тампоном ушную раковину и за ухом.
9. Уберите лоток с использованным материалом.
10. Снимите перчатки и положите в емкость с дезинфицирующим раствором.
11. Помогите пациенту принять удобное положение.
12. Приведите в порядок постель больного.
13. Обработайте использованные предметы.
14. Обработайте руки.

## **ОБРАБОТКА НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Вымойте, высушите руки.
2. ПРИГОТОВЬТЕ: подогретый 3 % раствор перекиси водорода, пипетку, ватные турунды, лоток, пеленку, перчатки.
3. Объясните пациенту порядок проведения процедуры.
4. Оденьте перчатки, постелите клеенку на грудь больного.
5. Все остальные предметы поставьте в легко доступном месте.
6. Наклоните голову пациента в противоположную сторону.
7. Возьмите в правую руку пипетку и наберите в нее подогретый раствор перекиси водорода.
- 8.левой рукой оттяните ушную раковину назад и вверх.
9. Закапайте в наружный слуховой проход 3 – 4 капли.
10. Введите вращательными движениями ватную турунду, высушите слуховой проход. При необходимости меняйте турунду.
11. При необходимости таким же образом обработайте другое ухо.
12. Уберите лоток с использованным материалом.



13. Снимите перчатки и положите в емкость с дезинфицирующим раствором.
14. Снимите пленку и помогите пациенту принять удобное положение.
15. Приведите в порядок постель пациента.
16. Обработайте использованные предметы.
17. Обработайте руки.

## **УХОД ЗА НОСОМ**

Полость носа является начальным отделом дыхательных путей.

Полость носа является органом обоняния.

В полости носа вдыхаемый воздух согревается, увлажняется, очищается.

Уход за носом проводится утром ежедневно, самостоятельно.

Уход за носом проводится перед каждым применением лекарственных средств.

Уход за носом тяжелобольных проводится медицинским персоналом в постели.

Для проведения процедуры медицинская сестра должна знать:

- анатомию и физиологию носа;
- термины: воздухоносные пазухи, раковины, хоаны, носовые ходы, ринит;
- возможные осложнения;
- уметь:
  - соблюдать асептику;
  - обрабатывать использованные предметы;
  - оказать помощь при носовом кровотечении;
  - соблюдать тактичность и выдержку.

## **С Т А Н Д А Р Т УХОД ЗА НОСОМ, УДАЛЕНИЕ КОРОЧЕК АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Вымойте и высушите руки, наденьте перчатки.
2. ПРИГОТОВЬТЕ: ватные турунды, теплый вазелин или глицерин, растительное масло, пипетку, пинцет.
3. Объясните больному необходимость и ход процедуры.



4. Попросите пациента наклонить голову в противоположную сторону к плечу и слегка запрокиньте назад.
5. Возьмите пипетку в правую руку и наберите одно из масел.
- 6.левой рукой слегка приподнимите кончик носа и введите по 5 — 6 капель в каждую ноздрю, не вводя пипетку в ноздрю.
7. Через 2 — 3 минуты введите ватную турунду вращательными движениями и тут же уберите, движения должны быть мягкими, быстрыми.
8. Повторяйте процедуру до тех пор, пока носовые ходы не очистятся от корочек.
9. При появлении болезненности процедуры прекратите.
10. В той же последовательности повторите манипуляцию с другой ноздрей.
11. Обработайте использованные инструменты в 3 % хлорамине.

**ДЕЗИНФЕКЦИЯ:** ватные турунды залейте 3 % раствором хлорамина и оставьте на 60 минут, затем выбросьте.

### **УХОД ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА**

Полость рта является началом пищеварительного тракта. В полости рта при помощи языка определяются вкусовые качества пищи.

В полости рта пища разжевывается зубами, пропитывается слюной, т.е. проводится первичная механическая обработка.

В полости рта создаются условия для развития микроорганизмов.

Уход за полостью рта означает:

- а) чистку зубов утром и вечером с помощью зубной пасты;
- б) ополаскивание после приема пищи.

Уход за полостью рта осуществляется самостоятельно.

Уход за полостью рта тяжелобольного проводится медицинской сестрой в палате. Плохой уход за полостью рта может удлинить срок выздоровления пациента.

Для проведения процедуры медицинская сестра должна знать:

- анатомию полости рта;
- физиологию пищеварения в полости рта;



- термины: щечное пространство, трещины губ, съемные зубные протезы;
- средства, применяемые для ухода за полостью рта; уметь:
- приготовить растворы, применяемые для ухода за ротовой полостью;
- обработать использованные предметы и выделения;
- приготовить перевязочный материал.

## **С Т А Н Д А Р Т УХОД ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА**

### **ПРОТИРАНИЕ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Вымойте, высушите руки.
2. **ПРИГОТОВЬТЕ:** антисептические растворы (0,2 % раствор гидрокарбоната натрия или фурацилина 1:5000, 0,5 % раствор перманганата калия 1:100000), лоток, пинцет, зажим Кохера, марлевые салфетки, шпатель, 3 % раствор хлорамина, роторасширитель, языко — держатель.

### **ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ:**

1. Предупредите пациента и объясните ему необходимость ухода за ротовой полостью.
2. Поверните голову пациента на бок, под бок щеки подложите клеенку и бочкообразный лоток.
3. Оденьте перчатки.
4. Попросите больного широко открыть рот, высунуть язык, если больной не может открыть рот, то с помощью роторасширителя очень осторожно вынуть язык языкодержателем.
5. Возьмите тампон зажимом, смочив в приготовленном 0,5 % растворе гидрокарбоната натрия (0,5 % растворе перманганата калия, фурацилина 1:5000).
6. Отведите щеку шпателем.
7. Протрите тампоном все зубы, десна, слизистую оболочку рта, язык.
8. При сухости губ и трещинах в углах рта губы смочить вазелином или сливочным маслом.



9. Снимите перчатки (обработайте по пр.408).

**ПРИМЕЧАНИЕ:** проведение процедуры требует очень осторожной и точной работы от медицинской сестры.

## **ОРОШЕНИЕ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Вымойте и высушите руки.
2. **ПРИГОТОВЬТЕ:** 2 % раствор гидрокарбоната натрия (0,5 % раствора перманганата калия, фурациллин 1:5000), лоток, пинцет, шпатель, роторасширитель, языкодержатель, шприц Жане или грушевидный баллон, тампоны.
3. Голову больного поверните на бок, под подбородком поставьте лоток.
4. Наденьте перчатки.
5. Наберите в шприц Жане или в грушевидный баллон один из приготовленных растворов.
6. Оттяните угол рта шпателем, введите наконечник в полость рта и струей жидкости под умеренным давлением промойте его.
7. Промойте поочередно левое и правое щечное пространство, оттянув щеку шпателем.

**ОБРАБОТКА:** инструменты (шпатель, языкодержатель, зажим, лоток) замочите в 3 % растворе хлорамина или 6 % растворе перекиси водорода на 60 минут. Затем промойте и проведите предстерилизационную очистку и стерилизацию. Исползованные тампоны замочите в 5 % растворе хлорамина на 60 минут. Смывные воды засыпьте сухой хлорной известью из расчета 200 г на 1 л воды в течение 60 минут, затем слейте.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** если больной имеет съемные зубы, при орошении их следует снять.

## **УХОД ЗА КОЖЕЙ**

Кожа образует наружный покров тела человека.

Кожа выполняет функции: защитную, выделительную,



теплоотдачи, рецепторную. Производные кожи: волосы, ногти и молочные железы.

Уход за кожей включает:

- а) прием ванны или душа;
- б) обтирание, обливание.

Уход за кожей пациента проводится 1 раз в 7 – 10 дней.

Уход за кожей совпадает со сменой белья.

Уход за кожей тяжелобольного проводится медсестрой в постели 2 раза в день.

Уход за кожей тяжелобольного проводится с целью профилактики пролежней.

**Для выполнения процедуры медсестра должна знать:**

- анатомию, физиологию кожи, ее производных;
- $T^{\circ}$  воды для проведения гигиенической ванны в зависимости от возраста;
- симптомы коллапса, обморока;
- термины: дерма, эпидермис, дерматит;

уметь:

- приготовить гигиеническую ванну;
- обработать ванну после приема;
- работать с функциональной кроватью.

## **УХОД ЗА КОЖЕЙ ПРОВЕДЕНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ВАННЫ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

**Заранее предупредите больного о предстоящем принятии ванны, поинтересуйтесь его самочувствием.**

1. Вымойте, высушите руки.
2. Наденьте фартук, маску, перчатки.

**ПРИГОТОВЬТЕ:** набор для ванны, мочалку, мыло, щетку, термометр водный, деревянную подставку, простынь, полотенце, чистое белье.

3. Проверьте температуру воздуха в ванной комнате.
4. Обработайте ванну 1 % раствором хлорамина двукратно с интервалом 5 – 10 минут.
5. Вымойте ванну щеткой с мылом или другим моющим средством.



6. Ополосните ванну горячей водой.
7. Заполните ванну сначала холодной, затем горячей водой.
8. Измерьте температуру воды водяным термометром во время наполнения, температура воды должна составлять 37 градусов.
9. Помогите пациенту удобно расположиться в ванне, вода должна доходить до уровня мечевидного отростка.
10. Под ноги подставьте деревянную подставку для упора.
11. Вымойте больного мочалкой с мылом: сначала голову, туловище, затем конечности.
12. Ополосните теплой водой.
13. Помогите пациенту выйти из ванны и вытиреться согретым полотенцем или простыней.
14. Оденьте пациента и проводите в палату.
15. Обработайте ванну и предметы для приема ванны.
16. Сделайте отметку в истории болезни пациента.

### **ПРОВЕДЕНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ДУША АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Вымойте, высушите руки.
2. ПРИГОТОВЬТЕ: мочалку, мыло, набор для обработки ванны, скамейку для ванны, полотенце или простынь, чистое белье.
3. Ополосните ванну, скамейку горячей водой.
4. Усадите пациента на скамейку в ванне.
5. Вымойте пациента мочалкой с мылом.
6. Помогите пациенту выйти из ванны.
7. Вытрите пациента и помогите одеться.
8. Проводите до палаты.
9. Обработайте ванну и предметы для приема душа.
10. Соберите грязное белье, отнесите в бельевую.

### **ОБТИРАНИЕ КОЖИ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Вымойте, высушите руки.
2. ПРИГОТОВЬТЕ: один из растворов (камфорный спирт, уксусная вода, теплая вода, полуспиртовой раствор, водка, одеколон, 0,1 % раствор перманганата калия), губку, клеенку.
3. Смочите губку, один конец полотенца, отожмите.



4. Протрите шею, за ушами, спину, переднюю поверхность грудной клетки, подмышечные впадины, под молочными железами.
5. Одновременно вытирайте кожу насухо в том же порядке.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** продолжительность ванны не более 30 минут, естественные кожные складки протирать ежедневно.

## **С Т А Н Д А Р Т УХОД ЗА НОГАМИ, МЫТЬЕ НОГ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОМУ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Вымойте, высушите руки.
2. **ПРИГОТОВЬТЕ:** таз с теплой водой 35 – 36 градусов, полотенце, мыло, ножницы для стрижки ногтей, кувшин.
3. Сверните валиком ножной конец матраца.
4. Матрац закройте клеенкой.
5. На сетку поставьте таз с водой.
6. Наденьте перчатки.
7. Опустите ноги пациента в таз.
8. Помойте ноги с мылом.
9. Вытрите ноги полотенцем.
10. При необходимости подстригите ногти.
11. **ОБРАБОТКА:** ножницы погрузите в тройной раствор на 60 минут, таз обеззараживайте методом орошения с 0,5 % раствором моющего средства, с 6 % раствором перекиси водорода.
12. Снимите перчатки, обработайте по пр. 408.

### **УХОД ЗА ПРОМЕЖНОСТЬЮ**

Промежность – область выхода из малого таза.

Уход за промежностью проводится ежедневно самостоятельно.

Уход за промежностью тяжелобольного проводит медсестра в постели больного ежедневно.

Уход за промежностью – интимная процедура, необходимо соблюдать тактичность.

Для выполнения процедуры медсестра должна знать:



- анатомию и физиологию промежности;
- термины: гениталии, фимоз;
- принципы медицинской деонтологии при интимных процедурах;

уметь:

- дезинфицировать использованные предметы;
- соблюдать правила асептики;
- сменить нательное и постельное белье;
- подавать судно, мочеприемник;
- приготовить перевязочный материал.

## С Т А Н Д А Р Т ПОДМЫВАНИЕ ТЯЖЕЛО- БОЛЬНОГО (ЖЕНЩИНЫ) АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ

1. Вымойте, высушите руки.
2. Объясните пациенту порядок проведения процедуры перед ее началом.
3. ПРИГОТОВЬТЕ: набор для подмывания (чайник для подмывания или емкость с теплой водой, ватные тампоны, судно, клеенку, ширму, перчатки).
4. Поставьте ширму.
5. Положите клеенку, судно под пациента.
6. Положите приготовленные предметы рядом с постелью пациента (в легко доступном месте).
7. Наденьте перчатки.
8. Предложите пациенту согнуть ноги в коленях и раздвинуть для обнажения гениталий (промежности).
9. Промойте зону бедер, паховые складки.
10. Раздвиньте большие половые губы и промойте осторожно складки кожи, протирая сверху вниз, меняя тампоны.
11. Раскройте малые половые губы для обнажения входа в уретру и влагалище и обработайте правильно и осторожно сверху вниз, меняя тампоны.
12. Обмойте теплой водой промежность сверху вниз, если пациентка была на подкладном судне.
13. Высушите тщательно промежность салфеткой.
14. Очистите анус от фекалий салфетками или туалетной бумагой, часто меняя.



15. Промойте анус, меняя моющий материал.
16. Высушите анус.
17. Уберите судно.
18. Снимите перчатки, положите в емкость с дезинфицирующим раствором.
19. Помогите пациенту принять удобное положение.
20. Приведите в порядок постель пациента.
21. Обработайте использованные предметы.
22. Обработайте руки.

## **С Т А Н Д А Р Т** **ПОДМЫВАНИЕ ТЯЖЕЛО-** **БОЛЬНОГО (МУЖЧИН)** **АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Вымойте, высушите руки.
2. Объясните порядок проведения процедуры пациенту.
3. ПРИГОТОВЬТЕ: набор для подмывания (чайник или емкость с теплой водой, ватные тампоны, судно, клеенку, ширму, перчатки).
4. Поставьте ширму.
5. Подложите клеенку, судно под пациента.
6. Положите приготовленные предметы рядом с постелью пациента (в легко доставаемом месте).
7. Наденьте перчатки.
8. Обнажите гениталии.
9. Обнажите головку пениса, осторожно оттяните крайнюю плоть.
10. Обмойте головку пениса круговыми движениями от отверстия уретры кнаружи увлажненными ватными тампонами.
11. Верните крайнюю плоть в прежнее положение.
12. Обмойте пенис мягкими и уверенными движениями вниз.
13. Предложите пациенту развести ноги для подмывания мошонки.
14. Промойте мошонку, складки кожи под ней мягкими движениями, влажными ватными тампонами. Высушите.
15. Очистите анус от фекалий салфеткой или туалетной бумагой, часто меняя.



16. Промойте анус, меняя моющий материал. Высушите.
17. Промойте и высушите всю область промежности.  
Уберите судно.
18. Снимите перчатки, положите в емкость для дезинфекции.
19. Помогите пациенту принять удобное положение.
20. Приведите в порядок постель пациента.
21. Обработайте использованные предметы.
22. Обработайте руки.



## ТЕМА: ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛЕЖНЕЙ

### ЛЕЧЕНИЕ I – II СТАДИИ ПРОЛЕЖНЕЙ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ

1. Вымойте, высушите руки.
2. ПРИГОТОВЬТЕ: антисептический раствор (камфорный спирт, уксусная вода, полуспиртовой раствор, одеколон, водка, туалетная вода) или кипяченую воду комнатной температуры, салфетки, лоток, противопролежневые круги.
3. Обнажите места образовавшихся пролежней.
4. Смочите салфетки в растворе или воде, отожмите их.
5. Круговыми движениями массируйте кожу до легкого покраснения.
6. Таким же образом массируйте другие места образовавшихся пролежней, меняя салфетки.
7. Расправьте нательное белье.
8. Подложите противопролежневые круги.
9. Удобно уложите пациента.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** а) процедуру проводить каждые 2–3 часа;  
б) при II стадии кроме этого применяется  
УФО в местах образования пролежней  
(см. светолечение).

### ЛЕЧЕНИЕ II – IV СТАДИИ ПРОЛЕЖНЕЙ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ

1. Вымойте, высушите руки.
2. ПРИГОТОВЬТЕ: стерильный лоток, перевязочный материал, стерильный пинцет, антисептический раствор (5 % – 10 % раствор перманганата калия, спирт 70 %, фурацилин 1:5000, 3 % перекись водорода, бриллиантовый зеленый), стерильный скальпель, клей или лейкопластырь.
3. Ассистируйте врачу при манипуляции.
4. Обрабатывайте использованный перевязочный материал и инструменты по пр.408.



**ОБРАБОТКА:** перевязочный материал погрузить в 3 % раствор хлорной извести на 60 минут, опустите инструменты в 3 % раствор хлорной извести или дезинфицирующий раствор на 60 минут, ополосните, проведите предстерилизационную очистку и стерилизацию.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** при IV степени дополнительно приготовьте антибактериальные мази и препараты, улучшающие регенерацию.



## **ТЕМА: СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ ПИТАНИИ ПАЦИЕНТОВ**

Питание — физиологическая потребность организма для поддержания нормальной жизнедеятельности организма.

Питание бывает рациональное и лечебное.

Лечебное питание (диетотерапия) — составная часть лечения. Лечебное питание состоит из 15 диетических столов и назначается врачом. Лечебное питание контролируется медицинской сестрой.

Порционник — это медицинский документ, где указывается номер диетического стола, назначенный врачом пациенту. Порционник составляется постовой медицинской сестрой. Порционник составляется ежедневно утром. Порционник включает данные о количестве пациентов на следующий день. Порционное требование — это медицинский документ, где суммируется количество пациентов на определенный диетический стол.

Порционное требование включает также индивидуальные диеты. Порционное требование составляется старшей медицинской сестрой на основании порционника. Порционное требование подписывает заведующий отделением. Порционное требование — передается на кухню до 10 часов утра.

### **С Т А Н Д А Р Т ВЫПИСКИ ПОРЦИОННИКА АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Приготовьте истории, чистые бланки порционников.
2. Проведите выборку из историй болезни (о назначенной диете).
3. Заполните порционник, отметив в нем номер палаты, фамилию, имя, отчество пациента, назначенную диету, дополнительное питание.
4. Отдайте порционник старшей медсестре.



**ПРИМЕЧАНИЕ:** а) порционник подается постовой медсестрой;

б) порционник составляется ежедневно на следующий день.

## **С Т А Н Д А Р Т**

### **ВЫПИСКА ПОРЦИОННОГО ТРЕБОВАНИЯ**

1. Приготовьте порционник, составленный постовой медицинской сестрой.
2. Составьте порционное требование, где суммируйте количество пациентов на определенной диете.
3. Распишитесь в порционном требовании и подайте на подпись заведующему отделением.
4. Отнесите на кухню.

#### *Образец порционного требования.*

Наименование отделения, дата, всего пациентов в отделении, диеты 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 и т.д.

Подпись старшей медицинской сестры

Подпись заведующего отделением

## **П А М Я Т К А**

### **КОНТРОЛЬ ЗА СОБЛЮДЕНИЕМ ДИЕТ ПАЦИЕНТАМИ**

При входе в отделение вывешивается перечень разрешенных и запрещенных продуктов питания.

Постовая (палатная) медицинская сестра обязана:

а). контролировать:

— прием пищи пациентом в соответствии с назначенной диетой;

— передачи (ассортимент продуктов) родственникам;

б). проводить беседы с пациентом и родственниками о назначенной диете.

## **С Т А Н Д А Р Т**

### **КОНТРОЛЬ ЗА СОСТОЯНИЕМ ТУМБОЧЕК**

1. Наденьте халат, перчатки.
2. **ПРИГОТОВЬТЕ:** ветошь, емкости с дезинфицирующим раствором и чистой водой.



3. Проверьте содержимое тумбочек: продукты питания должны быть в целофановых пакетах, храниться отдельно от предметов личной гигиены.
4. Протрите тумбочки ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе 2-хкратно с интервалом в 15 минут.
5. Через 15 минут протрите тумбочки ветошью, смоченной чистой водой.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** — контроль за санитарным состоянием тумбочек проводится 2 раза в день, совпадает с текущей уборкой;

— концентрация дезинфицирующего раствора зависит от профиля лечебного отделения.

## **С Т А Н Д А Р Т КОНТРОЛЬ ЗА СОСТОЯНИЕМ ХОЛОДИЛЬНИКА**

1. **ПРИГОТОВЬТЕ:** ветошь, емкость с одним из дезинфицирующих растворов (мыльно-содовый раствор, 2 % раствор соды, полууксусный раствор).
2. Вымойте, высушите руки, наденьте перчатки.
3. Проверьте содержимое холодильника на качество.
4. Уберите некачественные продукты в присутствии пациента.
5. Разморозьте холодильник.
6. Протрите холодильник ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе 2-хкратно с интервалом в 15 минут.
7. Протрите холодильник ветошью, смоченной в чистой воде.
8. Уложите содержимое холодильника в нужном порядке.



**ПРИМЕЧАНИЕ:** — содержимое холодильника ежедневно контролируется раздатчицей;

— холодильник размораживается и обрабатывается 1 раз в 10 — 14 дней..

## **С Т А Н Д А Р Т** **КОРМЛЕНИЕ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО**

1. Приготовьте палату к приему пищи:
  - а) уберите сильно пахнущие лекарственные средства;
  - б) уберите предметы ухода, ненужные при кормлении больного;
  - в) проветрите палату.
2. Подготовьте пациента к приему пищи:
  - а) завершите диагностические и лечебные процедуры;
  - б) при необходимости помогите ему провести физиологические отправления;
  - в) помогите пациенту принять удобное положение для приема пищи;
  - г) помогите пациенту вымыть руки или вымойте ему руки;
  - д) накройте грудь и шею салфеткой;
  - е) придвиньте прикроватный столик к кровати пациента.
3. Принесите в палату пищу в теплом виде, поставьте посуду с пищей на прикроватный столик.
4. Покормите больного, давая ему пищу небольшими порциями.
5. Помогите больному ополоснуть рот после приема пищи.
6. Уберите салфетку, приведите постель больного в порядок.
7. Унесите посуду, обработайте посуду как положено.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** — тяжелобольных кормят в первую очередь:

- жидкую пищу можно дать из поильника, полужидкую — ложкой из тарелки;
- кормление больного следует проводить выдержанно, тактично.



## КОРМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА ЧЕРЕЗ ГАСТРОСТОМУ

Гастростома — вид искусственного питания.

Гастростома — свищ, создаваемый оперативным путем.

Зонд вставляется в гастростому во время операции.

Количество пищи и кратность кормления определяет врач.

Для кормления через гастростому медсестра должна знать:

- анатомию, физиологию желудка;
- основные показания для искусственного питания;
- вид пищи для кормления;
- термины "пуговчатый зонд";

уметь:

- приготовить пищу для кормления;
- соблюдать асептику;
- обработать руки перед едой;
- наблюдать за пациентом во время и после кормления;
- придать удобное положение для кормления.

## С Т А Н Д А Р Т КОРМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА ЧЕРЕЗ ГАСТРОСТОМУ

Показания: непроходимость пищевода (опухоли, травмы, ожоги), операции на желудке, пищеводе.

### АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ

1. Приготовьте пациента и палату к кормлению (см. стандарт "Кормление тяжелобольных").
2. Вымойте, высушите руки.
3. ПРИГОТОВЬТЕ: 20 мл шприц, подогретую гомогенную жидкую пищу в назначенном количестве, стакан с кипяченной водой  $T\ 37 - 38^{\circ}\ C$ , набор обработки гастростомы (стерильные марлевые шарики и салфетки, один из антисептических растворов (1 % раствор перманганата калия, 0,02 % раствор фурацилина, стерильный шпатель, пасту Лассара).
4. Наденьте перчатки.
5. Освободите гастростому от повязок.
6. Присоедините шприц к свободному концу зонда.
7. Снимите зажим Мора.



8. Вводите подогретую пищу малыми порциями с интервалом 2 — 3 минуты. Не допустите попадания воздуха в зонд.
9. Промойте зонд приготовленной водой (до 30 мл).
10. Наложите зажим на зонд ближе к свободному концу.
11. Разъедините шприц и зонд.
12. Обрабатывайте кожу вокруг гастростомы приготовленным антисептическим раствором с помощью стерильных марлевых шариков.
13. Подсушите кожу марлевой салфеткой промокающими движениями.
14. Наложите на гастростому стерильную марлевую салфетку с пастой Лассара, зафиксируйте ее лейкопластырем или мягкой повязкой (косынкой), укрепив свободный конец зонда в удобном для больного положении.
15. Уберите предметы, использованные для кормления и обработайте по пр. 408.
16. Снимите перчатки и обработайте по пр. 408.
17. Наблюдайте за состоянием пациента после кормления.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** вместо пасты Лассара по назначению врача можно применять цинковую мазь или гидрокортизоновую.

### **КОРМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ПОМОЩЬЮ ЗОНДА**

Зондовое кормление — вид искусственного питания.

Зонд вводится в желудок через нос или рот.

Для кормления с помощью зонда медсестра должна знать:

- анатомию носоглотки, пищевода и желудка;
- определение глубины введения зонда (I способ — рост в см — 100; II способ от мочки уха до резцов, затем до мечевидного отростка грудины);
- вид пищи, вводимой через зонд;
- T° пищи;

уметь:

- обработать руки перед манипуляцией;
- соблюдать асептику;
- обработать зонд после применения.



# С Т А Н Д А Р Т

## КОРМЛЕНИЕ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО С ПОМОЩЬЮ ЗОНДА

### Показания:

- бессознательное состояние;
- травмы челюсти, ротовой полости, пищевода;
- нарушения глотания;
- отсутствие рвотного рефлекса;
- состояние после наркоза.

### АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ

1. Приготовьте пациента и палату к кормлению (см. стандарт "Кормление тяжелобольного").
2. Вымойте, высушите руки.
3. ПРИГОТОВЬТЕ: стерильный назогастральный зонд, шприц 20 или 50 г, подогретую жидкую пищу  $T^{\circ} 38 - 39^{\circ}$ , салфетки, роторасширитель, стерильный шпатель.
4. Наденьте перчатки.
5. Смочите слепой конец зонда теплой водой.
6. Введите зонд на нужную глубину через нижний носовой ход.
7. Следите за дыханием пациента при введении зонда. Приостановите введение зонда при изменении цвета лица, поперхивании, кашле, рвотных движениях.
8. Проверьте правильность введения зонда с помощью шпателя и роторасширителя.
9. Соедините свободный конец зонда со шприцом.
10. Оттяните поршень шприца, чтобы убедиться в попадании зонда в желудок (выйдет содержимое желудка).
11. Введите постепенно малыми дозами приготовленную пищу.
12. Разъедините шприц и зонд.
13. Оберните свободный конец зонда салфеткой.
14. Извлеките зонд с максимальной осторожностью, пропуская через салфетку.
15. Приведите пациента и постель в порядок.
16. Уберите предметы, использованные для кормления пациента, и обработайте их по пр.408.
17. Снимите перчатки и обработайте по пр.408.
18. Наблюдайте за состоянием пациента после кормления.



## **ТЕМА: НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ.**

Наблюдение за пациентами предусматривает тщательное круглосуточное наблюдение за всеми изменениями организма в зависимости от течения болезни.

Наблюдение за пациентами — это наблюдение за изменениями параметров:

- сердечно — сосудистой системы (пульс, АД);
- дыхательной системы (дыхание);
- терморегуляторной системы;
- мочевыделительной системы.

Результаты наблюдений фиксируются в температурном листе и докладываются лечащему врачу.

Медсестра должна знать:

- анатомию органов и систем;
- физиологию органов и систем;
- нормальные и патологические показатели параметров;

уметь:

- оценивать данные наблюдения;
- оказывать неотложную помощь при критических изменениях параметров;
- проводить психологические беседы с пациентами;
- оформлять медицинскую документацию, связанную с наблюдением состояния больного.

## **С Т А Н Д А Р Т ИЗМЕРЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА В СКЛАДКАХ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Вымойте, высушите руки.
2. ПРИГОТОВЬТЕ: медицинский термометр, полотенце, температурный журнал, емкость с дезинфицирующим раствором (1 % раствор хлорамина).
3. Объясните пациенту цель и ход манипуляции.
4. Предложите пациенту принять удобное положение.
5. Возьмите термометр, убедитесь в нахождении ртути в резервуаре, встряхните, если нужно.
6. Осмотрите место измерения на наличие местных воспалительных процессов.



7. Протрите насухо место измерения полотенцем.
8. Расположите термометр в кожной складке так, чтобы ртутный резервуар со всех сторон соприкасался с кожей.
9. Извлеките термометр через 10 минут.
10. Определите показания термометра по высоте ртутного столба.
11. Запишите показания термометра в температурный журнал.
12. Встряхните использованный термометр до погружения ртути в резервуар или до 35 градусов.
13. Обработайте термометр.
14. Запишите показания из температурного журнала в температурный лист в виде графической кривой.

#### *Обработка термометров:*

- погрузите в один из дезинфицирующих растворов (2 % раствор хлорамина на 30 минут, 3 % раствор перекиси водорода на 80 минут, 0,5 % раствор дезоксона на 20 минут);
- ополосните под проточной водой до полного исчезновения запаха, протрите насухо;
- храните термометры в сухом виде в емкости, на дне которой имеется вата.

## **С Т А Н Д А Р Т ИЗМЕРЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА В РОТОВОЙ ПОЛОСТИ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Вымойте, высушите руки.
2. ПРИГОТОВЬТЕ: медицинский термометр, температурный журнал, емкость с дезинфицирующим раствором 3 % хлорамина, 6 % перекиси водорода.
3. Объясните пациенту цель и ход манипуляции.
4. Предложите пациенту занять удобное положение.
5. Посмотрите уровень ртути в шкале.
6. Встряхните термометр, если ртуть выше 35°.



7. Осмотрите полость рта.
8. Положите термометр под язык ртутным концом.
9. Попросите пациента сомкнуть губы, но не смыкать зубы.
10. Извлеките термометр через 5 минут.
11. Определите показания по высоте ртутного столба.
12. Запишите показания в температурный журнал.
13. Обработайте термометр.
14. Занесите показания в температурный лист в виде графика. Отметьте место (полость) измерения.

#### **Обработка термометров:**

- ополосните термометр в емкости с водой, смывные воды продезинфицируйте;
- погрузите в дезинфицирующий раствор на 60 минут.
- затем промойте в моющем растворе, ополосните.
- Проведите холодную стерилизацию (6 % перекись водорода 360 минут).

## **С Т А Н Д А Р Т УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ЛИХОРАДКИ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ**

1. Подготовьте пациента к процедуре.
2. Измерьте температуру тела, определите пульс, частоту дыхания, артериальное давление.
3. Осмотрите кожные покровы.
4. Оцените данные наблюдения.
5. Определите период лихорадки.

#### **В I периоде:**

6. Уложите пациента в постель.
7. Накройте теплым одеялом.
8. Обложите грелками.
9. Дайте горячий сладкий чай.
10. Наблюдайте за пациентом.
11. Подайте судно, мочеприемник в постель при необходимости.



12. Обработайте использованные предметы по пр. 408.
13. Занесите результаты наблюдения в медицинскую карту пациента.

### **Во II периоде:**

1. Уложите пациента в постель.
2. Укройте пациента простынейю.
3. Положите на голову пузырь со льдом или холодные примочки.
4. Снижайте температуру тела физическими методами, если нужно.
5. Дайте жидкую калорийную пищу (до 3 л).
6. Проведите уход за ротовой полостью, смазывайте губы вазелином при трещинах.
7. Подайте судно.
8. Наблюдайте за состоянием пациента.
9. Занесите данные в медицинскую карту.
10. Обработайте использованные предметы по пр. 408.

### **В III периоде:**

#### *А. При лихическом снижении температуры.*

1. Контролируйте режим питания и соблюдение пациентом режима двигательной активности.
2. Наблюдайте за состоянием пациента.
3. Занесите результаты в медицинскую карту.
4. Обработайте использованные предметы по пр. 408.

#### *Б. При критическом падении температуры.*

5. Вызовите врача.
6. Уложите пациента в постель.
7. Дайте горячий чай, кофе.
8. Вытрите пациента насухо.
9. Укройте пациента одеялом, положите грелки.
10. Приготовьте шприцы, препараты.
11. Занесите результаты наблюдения в медицинскую карту.
12. Обработайте использованные инструменты по пр. 408.



# С Т А Н Д А Р Т

## ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

### АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ

1. Вымойте, высушите руки.
2. Приготовьте тонометр, фонендоскоп.
3. Объясните цель и ход манипуляции.
4. Усадите или уложите пациента так, чтобы рука находилась на ровной поверхности.
5. Положите руку пациента ладонью вверх, разогнутой в локтевом суставе.
6. Обнажите плечо так, чтобы одежда не сдавливала плечо выше манжетки.
7. Наложите манжетку тонометра на обнаженное плечо больного на 2 — 3 см выше локтевого сгиба, закрепите так, чтобы между плечом и манжеткой проходил 1 палец, а отходящие резиновые трубочки находились сбоку.
8. Соедините тонометр с манжеткой.
9. Проверьте положение стрелки тонометра относительно нулевой отметки шкалы.
10. Нащупайте пульс на лучевой артерии этой же рукой.
11. Закройте свободной рукой вентиль на груше и нагнетайте постепенно воздух с помощью баллона в манжетку до исчезновения пульсации на артерии.
12. Посмотрите на показания тонометра, запомните цифры.
13. Откройте вентиль, выпускайте воздух из манжетки.
14. Приложите головку фонендоскопа на область локтевой ямки.
15. Закройте вентиль на груше и накачайте воздух в манжетку до прежнего уровня и чуть выше (20 — 30 мм рт.ст.).
16. Откройте вентиль и медленно выпускайте воздух так, чтобы стрелка или ртуть тонометра опускалась плавно.
17. Прислушивайтесь внимательно к звукам в наушниках, зафиксируйте момент появления первого пульсового удара — это показатель систолического давления. Запомните цифру, при которой вы услышали первый удар.
18. Прислушивайтесь внимательно к звукам в наушниках, зафиксируйте момент окончания пульсации — это



показатель диастолического давления. Запомните цифру при исчезновении пульсации.

19. Выпустите воздух, снимите манжетку, приведите пациента в прежний вид.
20. Оцените результат измерения. При необходимости окажите доврачебную помощь.
21. Данные измерения артериального давления занесите в медицинскую карту пациента: в виде дроби (в числителе — систолическое давление, в знаменателе — диастолическое давление), в виде графика в температурный лист.
22. Вымойте руки.

## **С Т А Н Д А Р Т** **ИССЛЕДОВАНИЕ ПУЛЬСА И ПОДСЧЕТ** **ЧАСТОТЫ ДЫХАНИЯ** **АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Вымойте, высушите руки.
2. Приготовьте часы с секундной стрелкой.
3. Объясните пациенту цель проведения процедуры.
4. Предложите пациенту принять удобное положение (лежа или сидя).
5. Обхватите пальцами кисть пациента в области лучезапястного сустава.
6. Прощупайте пульсирующую лучевую артерию II, III, IV пальцами, прижмите слегка к лучевой кости.
7. Определите наполнение пульса.
8. Определите напряжение пульса, прижимая ее к лучевой кости.
9. Определите ритм пульса.
10. Подсчитайте частоту пульсовых ударов:
  - а) если ритм неправильный — в течение 1 минуты;
  - б) если ритм правильный, то в течение 15 секунд, результат умножить на 4; в течение 20 секунд, результат умножить на 3; в течение 30 секунд, результат умножить на 2.
11. Оцените результат.
12. Положите свободную руку на грудь пациента, не выпуская из другой руки кисти пациента.
13. Ведите подсчет вдохов в течение 1 минуты, незаметно для пациента.



14. Отпустите руку.
15. Оцените результат исследования пульса и дыхания, при необходимости окажите доврачебную помощь.
16. Занесите данные в медицинскую карту пациента: цифровые данные в историю болезни, частоту пульса в графическом виде в температурный лист красным карандашом.
17. Вымойте руки.

## **С Т А Н Д А Р Т**

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВОДНОГО БАЛАНСА**

### **АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Объясните пациенту, цель и порядок проведения процедуры.
2. Приготовьте чистую стеклянную емкость (2 – 3 л), судно или мочеприемник.
3. Предложите пациенту записывать количество выпитой жидкости в течение суток.
4. Предложите пациенту опорожнить мочевой пузырь в 6 утра назначенного дня (эта порция мочи не собирается).
5. Предложите пациенту собирать выделенную мочу в мочеприемник, затем слить в приготовленную емкость (моча собирается с 6 утра и до 6 утра следующего дня).
6. Подсчитайте количество выпитой жидкости пациентом за сутки.
7. Суммируйте количество мочи за сутки, результат запишите в температурный лист (в медицинскую карту пациента).
8. Обработайте мочу (при необходимости) и использованные предметы.



# ТЕМА: МЕРЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА КРОВООБРАЩЕНИЕ

## ПРИМЕНЕНИЕ ГОРЧИЧНИКОВ

Применение горчичников — тепловая процедура.

Горчичники — плотная бумага с нанесенной сухой горчицей.

Горчица выделяет эфирные масла при смачивании.

Горчичники усиливают кровообращение на месте прикладывания и в глубже лежащих тканях.

Горчичники обладают болеутоляющим и отвлекающим действием.

Для проведения процедуры медсестра должна знать:

- показания к применению;
- действие горчичников;
- противопоказания к применению;
- возможные осложнения процедуры;
- термины: спазм, стенокардия, гипертермия, гипертония, дерматит;

уметь:

- определить годность горчичников;
- выбрать место наложения горчичников по показаниям;
- оказать помощь при ожоге кожи.

## СТАНДАРТ ТЕХНИКА ПОСТАНОВКИ ГОРЧИЧНИКОВ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ

1. Вымойте, высушите руки.
2. ПРИГОТОВЬТЕ: горчичники, лоток с водой положенной температуры, салфетки, полотенце, мазь (крем).
3. Объясните пациенту цель и технику проведения процедуры.
4. Попросите пациента принять удобное положение, обнажите область наложения горчичников.



5. Смочите горчичники в емкости с водой, приложите их поочередно к коже пациента стороной, покрытой порошком горчицы.
6. Укройте горчичники полотенцем, одеялом.
7. Снимите горчичники через 10 – 15 минут (кожа должна быть гиперемирована).
8. Уберите остатки горчицы с кожи пациента, протирая кожу влажной салфеткой, высушите полотенцем. смажьте кожу пациента кремом.
9. Укройте пациента, проследите, чтобы пациент встал не ранее 2 часов после процедуры.
10. Уберите, обработайте использованные предметы согласно инструкции.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** проверьте пригодность горчичников перед применением.

Противопоказания для применения горчичников:

- высокая температура тела;
- заболевания кожи;
- новообразования;
- склонность к кровотечениям.

### **ПРИМЕНЕНИЕ ГРЕЛОК**

Применение грелок – тепловая процедура.

Грелка (сухое тепло) вызывает усиленное кровенаполнение согреваемого участка тела.

Грелки бывают электрические и водные.

Грелка может вызвать ожог у тяжелобольных и ослабленных людей.

Грелка держится до остывания.

Для выполнения процедуры медсестра должна знать:

- показания к применению;
- противопоказания;
- термины: экспозиция, термические ожоги;
- механизм действия тепла;

уметь:

- придать удобное положение пациенту;
- наблюдать за состоянием;
- проводить уход за кожей;
- обработать предметы наружного применения;
- оказать помощь при ожоге кожи.



# С Т А Н Д А Р Т

## ПОСТАНОВКА ГРЕЛКИ

Показания:

- воспалительные местные процессы в стадии разрешения;
- озноб (I стадия лихорадки);
- общее переохлаждение;
- при повышении внутричерепного давления — к ногам;

Противопоказания:

- острые гнойные воспалительные процессы;
- внутренние кровотечения;
- онкологические заболевания;
- раны в стадии заживления

### АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ

1. Вымойте, высушите руки.
2. ПРИГОТОВЬТЕ: грелку, емкость с водой положенной температуры (детям, пожилым пациентам —  $38 - 40^{\circ}\text{C}$ , взрослым —  $60 - 80^{\circ}\text{C}$ ), полотенце. Проверьте целостность грелки.
3. Возьмите грелку и заполните водой на  $2/3$  объема.
4. Вытесните из грелки воздух: положите грелку на ровную поверхность, постепенно опускайте горлышко грелки.
5. Закройте отверстие пробкой, когда в ней появиться вода.
6. Проверьте герметичность закрытия грелки, перевернув ее вниз горлышком.
7. Оберните грелку полотенцем, если грелка закрыта правильно.
8. Объясните пациенту цель процедуры.
9. Помогите пациенту принять удобное положение.
10. Приложите грелку на нужное место.
11. Осматривайте периодически место приложения.
12. При остывании уберите грелку. Помогите пациенту принять удобное положение.
13. Обработайте грелку.

### ПРИМЕНЕНИЕ КОМПРЕССОВ

Компресс — многослойная повязка.

Компрессы бывают общие и местные, сухие и влажные.



Влажные компрессы могут быть холодными, горячими, согревающими, лекарственными.

Холодный компресс — смоченная в холодной воде и слегка отжатая марлевая или тканевая салфетка, сложенная в 4 слоя.

Показания:

- свежие (1 сутки) травмы, ушибы;
- носовые кровотечения;

Продолжительность от 5 до 60 минут.

Горячий компресс — повязка, состоящая из смоченной в горячей воде (60 — 70° С) и хорошо отжатой марлевой или тканевой салфетки, сложенной в 4 — 8 слоев, клеенки, ваты. Бинтом не закрепляется.

Показания:

- мигрень;
- коллапс (к конечностям);
- спастические боли в животе;
- боли в мышцах, суставах.

Согревающий компресс — повязка, состоящая из слоев:

- восьмислойная марлевая салфетка, смоченная в теплой воде или полуспиртовом растворе;
- вощеная бумага;
- вага;
- бинт или платок для закрепления.

Для выполнения процедуры медсестра должна знать:

- механизм действия компрессов;
- показания к применению;
- продолжительность действия;
- десмургию;

уметь:

- выбрать место для приложения компресса;
- аккуратно накладывать бинтовую повязку (десмургия);
- проводить уход за кожей.

## **ПОСТАНОВКА СОГРЕВАЮЩЕГО КОМПРЕССА АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Объясните пациенту цель процедуры.
2. Вымойте, высушите руки.



3. ПРИГОТОВЬТЕ: 8 — слоистую марлевую салфетку, компрессную бумагу, вату, бинт, согревающий раствор.
4. ПРИГОТОВЬТЕ повязку:
  - 1 слой — расправленный бинт;
  - 2 слой — вата;
  - 3 слой — бумага компрессная (она должна быть больше салфетки на 3 — 4 см);
  - 4 слой — салфетка.
5. Смочите марлевую салфетку в приготовленном растворе, слегка отожмите.
6. Наложите марлевую салфетку на выбранное место.
7. Положите вощеную бумагу.
8. Положите на бумагу вату, которая должна прикрывать два предыдущих слоя.
9. Зафиксируйте компресс бинтом, чтобы он плотно прилегал к поверхности, не нарушая кровообращение. Оставить на 2 часа.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** через 1 — 2 часа необходимо проверить правильность наложения согревающего компресса. Для этого надо просунуть палец под компресс и определить состояние салфетки. Нельзя накладывать компресс на кожу, смазанную йодом, можно вызвать глубокий ожог.

### **ПРИМЕНЕНИЕ ПИЯВОК**

Пиявки медицинские — вид кольчатых червей, живущих в пресной воде. Применение пиявок называется гирудотерапией. Применение пиявок основано на действии секрета слюнных желез.

Секрет слюнных желез обладает действием:

- противовоспалительным;
- противотромботическим;
- антисклеротическим;
- тромболитическим;
- иммуностимулирующим.

Для выполнения процедуры медсестра должна знать:

- показания к применению пиявок;
- противопоказания;
- термины: тромб, склероз сосудов, антикоагуляция;
- время свертывания крови в норме;



уметь:

- соблюдать требования асептики;
- накладывать асептическую повязку;
- выбрать участки тела для прикладывания пиявок в зависимости от цели;
- обрабатывать использованные предметы;
- останавливать кровотечения.

## **С Т А Н Д А Р Т** **ТЕХНИКА ПОСТАНОВКИ ПИЯВОК** **АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Объясните пациенту цель и методику проведения процедуры.
2. **ПРИГОТОВЬТЕ:** банку с пиявками, теплую воду, раствор глюкозы, пробирку, стерильную салфетку, шарики, пинцет, бинт, подсоленную воду.
3. Обработайте участок кожи, на который предстоит ставить пиявки стерильными шариками, смоченными теплой водой.
4. Смочите приготовленный участок кожи раствором глюкозы.
5. Отсадите в пробирку одну пиявку задней присоской ко дну пробирки.
6. Поднесите пробирку к телу и направьте пиявку к участку кожи.
7. Освободите пиявку из пробирки, как только она прокусит кожу, появляются волнообразные движения в ее передней части.
8. Подложите под заднюю присоску стерильную салфетку, так как прикрепление пиявок задней присоской значительно снижает активность сосания.
9. Поставьте остальные пиявки таким же образом.
10. Пиявки, насосавшись крови, отпадают сами.
11. Наложите асептическую повязку с большим количеством ваты на место укуса.
12. Поместите пиявки в 3 % раствор хлорамина.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** пиявку нельзя ставить над кровеносными сосудами, это может вызвать сильное крово-



течение. При постановке пиявок на сосцевидные отростки нужно отступить на 1 см от ушной раковины.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ПУЗЫРЯ СО ЛЬДОМ**

Применение пузыря со льдом — холодовая процедура.

Пузырь со льдом (сухой холод) — вызывает сужение кровеносных сосудов кожи и подлежащих тканей и органов.

Пузырь со льдом снижает чувствительность периферических нервов.

Пузырь со льдом снижает развитие воспалительных процессов.

Для процедуры применяются кусочки льда.

Пузырь со льдом можно держать в течение суток, соблюдая меры предосторожности.

Пузырь со льдом может вызвать отморожение кожи. Для выполнения процедуры медсестра должна знать:

- показания к применению;
- противопоказания к применению;
- механизм местного воздействия холода;

уметь:

- придать удобное положение;
- оценить состояние кожи;
- оказать помощь при отморожениях;
- обрабатывать предметы наружного применения.

## **ТЕХНИКА ПОСТАНОВКИ ПУЗЫРЯ СО ЛЬДОМ**

Показания:

- I период лихорадки;
- внутренние кровотечения;
- ушибы, гематомы в первые часы.

## **АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Вымойте, высушите руки.
2. ПРИГОТОВЬТЕ: пузырь для льда, емкость с кусочками льда (из холодильника), полотенце. Проверьте целостность пузыря.
3. Возьмите пузырь и заполните кусочками льда так, чтобы дно пузыря оставалось плоским.
4. Закройте отверстие пробкой.
5. Оберните пузырь со льдом полотенцем.



6. Объясните пациенту цель процедуры.
7. Помогите пациенту принять удобное положение.
8. Положите пузырь со льдом на нужное место.
9. Убирайте грелку каждые 30 минут до согревания кожи на месте применения.
10. Уберите пузырь через 2 часа.
11. Помогите пациенту принять удобное положение.
12. Обрабатывайте грелку.

## ВАННЫ

Ванны — водные процедуры.

Ванны применяют с гигиенической целью. (см. "Личная гигиена").

Ванны применяют с профилактической целью (здоровый образ жизни).

Ванны применяют с лечебной целью.

Ванны различают:

1. Общие — погружается в воду все тело;  
местные — погружается часть тела.
2. Полуванны — вода покрывает до пояса нижнюю часть тела.

Сидячие ванны — вода покрывает область таза, нижнюю часть живота и часть бедер.

Ванны различают по температуре воды:

холодные  $24 - 27^{\circ}\text{C}$

прохладные —  $28 - 33^{\circ}\text{C}$

индифферентные  $34 - 36^{\circ}\text{C}$

теплые  $37 - 39^{\circ}\text{C}$

горячие  $40^{\circ}\text{C}$  и выше

Ванны различают по составу воды:

- минеральные;
- лекарственные;
- ароматические.

Для выполнения процедуры медсестра должна знать:

- действие тепла и холода на организм человека;
- противопоказания к применению ванны;

уметь:

- наполнять ванну водой;
- наблюдать за состоянием пациента;
- применять водный термометр;
- обрабатывать ванну.



# ПРОВЕДЕНИЕ ХВОЙНО-СОЛЯНОЙ ВАННЫ

## АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ

1. Вымойте, высушите руки.
2. ПРИГОТОВЬТЕ: водный термометр, экстракт и насыщенный раствор поваренной соли, емкость, полотенце, грелку с холодной водой, деревянную подставку, простынь.
3. Объясните пациенту цель и методику процедуры.
4. Наполните ванну до  $3/4$  объема водой положенной температуры, в зависимости от назначений врача.
5. Разведите насыщенный раствор соли в ванне.
6. Усадите пациента в ванну, подставьте деревянную подставку под ноги, засекайте время.
7. Подложите под голову больного грелку, наполненную холодной водой.
8. Следите за состоянием больного во время процедуры (8 – 10 минут).
9. Помогите подняться больному после процедуры, обсушите его простынью промокательными движениями, помогите одеться.
10. Проследите за пациентом, чтобы отдохнул 30 – 40 минут после приема ванны.
11. Обработайте ванну.

## СВЕТОЛЕЧЕНИЕ

Светолечение – применение электромагнитных колебаний солнечного спектра с лечебной целью.

Светолечение – метод физиотерапии.

Светолечение применяется в виде инфракрасного ("Соллюкс") и ультрафиолетового ("Кварц") излучения.

Ультрафиолетовое излучение оказывает действие:

1. Физиологическое:
  - нормализация обменных процессов;
  - синтез витамина Д;
  - образование пигментации.
2. Лечебное:
  - противорахитическое;
  - противовоспалительное;
  - общеукрепляющее;



- иммуностимулирующее;
- бактерицидное.

Инфракрасное излучение оказывает действие:

1. Физиологическое:

- общее рефлекторное;
- раздражение терморцепторов;
- гиперемия – усиление микроциркуляции крови.

2. Лечебное действие:

- рассасывающее воспалительные изменения;
- уменьшение болей;
- усиление регенерации.

Для выполнения процедуры светолечения медсестра должна знать:

- действие излучения на организм;
- показания;
- противопоказания;
- термины: регенерация, гиперемия, пигментация, терморцепторы;
- возможные осложнения;

уметь:

- оказать помощь при термических ожогах;
- соблюдать технику безопасности при работе с электроприборами;
- наблюдать за состоянием пациента.

## **С Т А Н Д А Р Т**

### **ПРОЦЕДУРА “КВАРЦ” (при I и II стадиях пролежней)**

#### **АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Разъясните цель и порядок проведения процедуры;
2. Вымойте, высушите руки.
3. ПРИГОТОВЬТЕ: лампу “Кварц”, пленки, песочные часы.
4. Удобно уложите пациента и объясните ему процедуру.
5. Обнажите места образования пролежней, здоровые ткани закройте пленками.
6. Установите рефлектор лампы на расстоянии 50 см от облучаемой поверхности.



7. Включите лампу, засекайте время. Проводите УФО пролежней по схеме (ежедневно): 1 день — 15 секунд, 2 день — 30 секунд, 3 день — 45 секунд, довести до 2 минут (№ 6 — 12).
8. Включите лампу до истечения времени.
9. Уберите пеленки, расправьте нательное белье пациента.
10. Подложите подкладные круги.
11. Уберите лампу и пеленки в положенное место.

## **С Т А Н Д А Р Т** **ПРОЦЕДУРА "КВАРЦ"** **ОБЩЕЕ ОБЛУЧЕНИЕ** **АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Разъясните цель и порядок проведения процедуры,
2. Вымойте, высушите руки.
3. ПРИГОТОВЬТЕ: лампу "Кварц", часы с секундной стрелкой и песочные часы, простынь.
4. Попросите пациента раздеться и лечь на кушетку.
5. Установите рефлектор лампы на расстоянии 60 — 70 см от тела пациента.
6. Включите лампу, засекайте время (проведите облучение по схеме: 1 день — 15 секунд, 2 день — 30 секунд, в последующие дни увеличивайте время облучения на 15 секунд, не более 2 минут (10 — 15 дней).
7. Выключите лампу по истечении времени.
8. Помогите пациенту одеться.
9. Проследите за тем, чтобы после процедуры пациент отдохнул 15 — 20 минут.
10. Приведите комнату в порядок.



## ТЕМА: ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

1. Выписка лекарственных средств.
2. Получение и распределение лекарственных средств в отделении.
3. Раздача лекарственных средств.
4. Энтеральное применение лекарственных средств:
  - а) применение порошков;
  - б) применение таблетки, капсулы;
  - в) применение микстуры;
  - г) применение отвара, настоя;
  - д) применение настойки;
  - е) применение лекарственных средств под язык;
  - ж) применение свечей;
5. Наружное применение лекарственных средств:
  - а) наложение лекарственных средств;
  - б) втирание лекарственного средства;
  - в) смазывание лекарственным средством;
  - г) прием отвара;
  - д) применение пластыря;
  - е) закапывание лекарственного средства в уши;
  - ж) закапывание лекарственного средства в нос;
  - з) закапывание лекарственного средства в глаза;
  - и) применение глазной мази.
6. Ингаляционное введение лекарственных средств:
  - применение карманного ингалятора.
7. Техника сборки шприца из крафт – пакета.
8. Техника набора лекарственного вещества из ампулы.
9. Техника набора лекарственного вещества из флакона.
10. Техника внутрикожной инъекции.
11. Техника подкожной инъекции.
12. Техника внутримышечной инъекции.
13. Техника внутривенного струйного введения лекарственного средства.
14. Техника сбора и подготовки системы для внутривенного капельного введения жидкости.



15. Техника внутривенного капельного введения лекарственного средства.
16. Техника разведения антибиотиков. Особенности применения бициллина.
17. Правила применения инсулина.
18. Правила применения масляных растворов.
19. Доврачебная помощь при анафилактическом шоке.

## **С Т А Н Д А Р Т**

### **ВЫПИСКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**

1. Постовая медсестра:
  - а) проведите выборку назначений врача из истории болезни в журнале после обхода (осмотр);
  - б) выпишите лекарственные средства, назначенные врачом, которых нет на посту или имеющиеся в недостаточном количестве;
  - в) выпишите лекарственные средства, состоящие на предметно — количественном учете, которых нет на посту или имеющиеся в недостаточном количестве на латинском языке, укажите фамилию, имя, отчество больного, диагноз в истории болезни;
  - г) подайте старшей медсестре составленный список отсутствующих лекарств на посту.
2. Старшая медсестра:
  - а) выпишите сведения постовых медсестер, суммируйте;
  - б) выпишите в 2 экземплярах требование — накладную на отсутствующие лекарственные средства;
  - в) заполните в 3 — х экземплярах отдельные бланки на лекарственные средства, состоящие в списке А и Б, на латинском языке, укажите фамилию, имя, отчество больного, диагноз, медицинские карты;
  - г) распишитесь, дайте на подпись заведующему отделением, подайте требование на учетные лекарственные средства на подпись главному врачу;
  - д) отнесите в аптеку требования — накладные;
  - е) получите лекарственные средства и обеспечьте их доставку в отделение.



# С Т А Н Д А Р Т

## ПОЛУЧЕНИЕ И РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ

1. Готовые лекарственные средства получите в тот же день. Лекарственные средства, требующие приготовления, получают на следующий день.

2. Проверьте их соответствие по заказу.

3. Проверьте лекарственные вещества, их срок годности, название, наличие этикетки.

4. Распределите лекарственные средства в отделении следующим образом:

### ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА

на посту		в процедурном кабинете	
состоящие на учете А и Б	не состоящие на учете А и Б	состоящие на учете А и Б	не состоящие на учете А и Б
записать в журнал	скоропортящиеся в холодильник	записать в журнал	скоропортящиеся в холодильник
сейф		сейф	в медицинский шкаф
наружное применение	внутреннее применение	полка для флаконов	полка для антибиотиков
	в пакетах по механизму действия	200,0 и 400,0 мл	полка для в/в, в/м, п/к в ампулах

# С Т А Н Д А Р Т

## РАЗДАЧА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА ПОСТУ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ

1. Вымойте, высушите руки.

2. ПРИГОТОВЬТЕ: лекарственные средства, графин с водой, мензурки, пипетки, ножницы, журнал или лист назначения.

3. Раздавайте назначенные лекарственные средства согласно механизму действия.



4. Убедитесь по журналу или листу назначений в том, что именно данному пациенту назначено данное лекарственное средство.
5. Разъясните пациенту цель назначения и особенности данного лекарства.
6. Дайте пациенту строго назначенную дозу лекарственного препарата согласно принятым правилам (см. стандарты: применение лекарственных средств).
7. Попросите пациента принять лекарственные средства в вашем присутствии.
8. Уберите оставшееся лекарственное средство в положенное место.
9. Обработайте использованные инструменты.
10. Вымойте руки.
11. Сделайте запись в соответствующие медицинские документы о приеме лекарств.

## **ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**

Энтеральное введение лекарственных средств наиболее широко распространенный способ применения.

Энтеральное введение подразделяется на дачу лекарства:

- а) под язык;
- б) через рот;
- в) в прямую кишку;

Преимущества энтерального применения лекарственных средств:

- а) не причиняет болевых ощущений;
- б) применяется практически в любых условиях;

Недостатки энтерального применения лекарственных средств:

- а) неточная дозировка;
- б) медленное проявление эффекта лекарства;
- в) воздействие на слизистую ЖКТ;
- г) частичная инактивация лекарственного средства пищеварительными ферментами и в печени;



д) зависимость от индивидуальных особенностей организма.

Для выполнения процедуры медсестра должна знать:

- формы выпуска лекарственных средств для энтерального применения;
- фармакологические свойства лекарственных средств, побочные действия;
- особенности хранения лекарственных средств;
- термины: терапевтическая доза, суточная доза, отёк Квинке, крапивница, анафилактический шок;

уметь:

- провести выборку врачебных назначений;
- дать назначенную врачом дозу лекарственного средства в зависимости от дозировки и формы выпуска;
- объяснить пациенту в доступной форме цель назначения лекарственного средства;
- оказать помощь при аллергических осложнениях.

## **С Т А Н Д А Р Т ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**

При выполнении этого стандарта обязательно знать стандарт "Раздача лекарственных средств" (см. п. 6)

### **ПРИМЕНЕНИЕ ПОРОШКОВ ПАЦИЕНТОМ САМОСТОЯТЕЛЬНО**

1. Разверните порошок, придав оберточной бумаге форму желобка.
2. Высыпьте порошок в ложку (мензурку) с водой.
3. Попросите пациента проглотить содержимое ложки (мензурки).
4. Дайте запить небольшим количеством воды

### **ПРИМЕНЕНИЕ ПОРОШКОВ ПАЦИЕНТОМ С ПОМОЩЬЮ МЕДСЕСТРЫ**

1. Разверните порошок, придав оберточной бумаге форму желобка.



2. Попросите пациента приподнять голову, открыть рот, высунуть язык.
3. Осторожно высыпьте порошок на кончик языка.
4. Дайте стакан с водой, чтобы запить порошок.

### **ПРИМЕНЕНИЕ КАПСУЛЫ, ТАБЛЕТКИ**

1. Попросите пациента положить таблетку (капсулу) на корень языка.
2. Дайте запить таблетку.
3. Проследите, чтобы пациент проглотил таблетку (капсулу).

**ПРИМЕЧАНИЕ:** если таблетка в оболочке — делить нельзя!!!  
Капсулу делить нельзя!!!

### **ПРИМЕНЕНИЕ МИКСТУРЫ**

1. Взболтайте микстуру, налейте в мензурку нужное количество микстуры: 1 ч.л. — 5 мл  
1 дес.л. — 10 мл
2. Дайте пациенту мензурку, попросите выпить лекарство.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** если микстура неприятного вкуса, можно запить водой.

### **ПРИМЕНЕНИЕ НАСТОЯ, ОТВАРА**

1. Налейте в мензурку нужное количество отвара, настоя, приготовленного согласно инструкции:  
1 ч. л. — 5 мл  
1 дес. л. — 10 мл  
1 стол. л. — 15 мл
2. Долейте в мензурку равное количество воды.
3. Дайте пациенту, попросите больного выпить лекарство.

### **ПРИМЕНЕНИЕ НАСТОЙКИ**

1. Осторожно откупорьте флакон с настойкой.
2. Наберите в пипетку небольшое количество настойки.
3. Влейте в мензурку с водой нужное количество капель лекарства.
4. Дайте пациенту выпить приготовленный раствор.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** если флакон с капельницей — пипетка не применяется.



## **ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВА ПОД ЯЗЫК**

1. Приготовьте нужное лекарство.
2. Попросите пациента положить под язык.
3. Предупредите его, что держать таблетку надо до полного рассасывания, не проглатывая ее.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** если назначенное лекарство в виде раствора, нанесите нужное количество капель на кусочек сахара или хлеба, далее по стандарту.

## **НАРУЖНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**

Наружное применение наиболее эффективно для местного воздействия (на кожу, на слизистые оболочки).

Наружное введение оказывает рефлекторное воздействие на весь организм.

Для выполнения процедуры медсестра должна знать:

- формы лекарственных средств для наружного применения;
- свойства лекарственных средств;
- цели наружного применения лекарственных средств;
- возможные осложнения;
- термины: дерматит, отит, конъюнктивит, ринит;
- условия наружного применения лекарственных средств;

уметь:

- соблюдать асептику;
- подготовить пациента к процедуре;
- проводить гигиенический уход за кожей, глазами, ушами, носом, ротовой полостью.

## **С Т А Н Д А Р Т ПРИМЕНЕНИЕ СВЕЧЕЙ (РЕКТАЛЬНО) АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Вымойте, высушите руки.
2. Приготовьте свечи, ножницы.
3. Объясните пациенту цель и ход манипуляции.



4. Проведите пациенту очистительную клизму, если он страдает запорами.
5. Попросите пациента лечь на правый бок, привести коленки к животу.
6. Наденьте перчатки.
7. Разрежьте упаковку со стороны узкого конца, раскройте свечу до половины.
8. Разведите левой рукой ягодицы пациента, введите правой рукой в анальное отверстие свечу, выдавливая ее из упаковки.
9. Выбросьте упаковку, протолкните указательным пальцем правой руки свечу глубже в прямую кишку.
10. Обработайте руки.
11. Снимите перчатки, обработайте по приказу 408.
12. Помогите пациенту принять удобное положение.
13. Предупредите больного, чтобы он не вставал в течение ночи до утра.
14. Отметьте проведенную процедуру в медицинской документации пациента.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** при применении свечей у детей, пожилых пациентов обмакните свечу в упаковке в емкости с теплой водой, далее по стандарту.

## **С Т А Н Д А Р Т НАРУЖНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Вымойте, высушите руки.
2. Приготовьте лекарственные средства, стерильные инструменты (шприц, салфетки, журнал или лист назначений).
3. Применяйте лекарственные средства строго по назначению врача согласно механизму препарата.
4. Убедитесь по журналу или процедурному листу в том, что данному пациенту назначено именно данное лекарство.



5. Разъясните пациенту цель и порядок манипуляции.
6. Проводите манипуляцию, строго соблюдая правила асептики согласно принятым стандартам действия (см. стандарты: наружное применение лекарственного средства).
7. Пронаблюдайте за пациентом и его поведением после процедуры.
8. Обработайте использованные предметы.
9. Вымойте руки.
10. Запишите о проведенной процедуре в соответствующую медицинскую документацию.

## **С Т А Н Д А Р Т НАРУЖНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**

(приложение)

При выполнении данного стандарта обязательно соблюдение правил наружного применения лекарственных средств.

### **НАЛОЖЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**

1. Вымойте, высушите руки.
2. ПРИГОТОВЬТЕ: лекарственное средство (мазь, раствор), антисептическое средство (раствор фурацилина 1:5000, раствор перекиси водорода 3 %, раствор перманганата калия 0,1 %), бинт, бикс со стерильными марлевыми шариками, стерильный шпатель, пинцет, лоток.
3. Обработайте руки, наденьте перчатки.
4. Обработайте поверхность кожи (раны) одним из антисептических растворов, высушите стерильными марлевыми шариками промокательными движениями.
5. Нанесите мазь ровным слоем на стерильную марлевую салфетку с помощью стерильного шпателя.
6. Наложите салфетку с мазью на поверхность кожи (раны).
7. Наложите вторую салфетку.
8. Укрепите салфетку на коже бинтом или лейкопластырем.



9. Обработайте: использованные инструменты, шарики погрузите в дезинфицирующий раствор на 60 минут, затем инструменты ополосните под проточной водой, затем проведите предстерилизационную очистку, стерилизацию инструментов.
10. Снимите перчатки, обработайте их.
11. Отметьте процедуру в медицинской документации пациента.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** на открытых участках мазь можно наложить на кожу (рану) и оставить без повязки.

### **ВТИРАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА**

1. Вымойте, высушите руки.
2. **ПРИГОТОВЬТЕ:** лекарственное средство (теплое), асептическое средство (бикс со стерильными шариками, лоток).
3. Обработайте руки, снимите перчатки.
4. Обработайте кожу ватными шариками, смоченными одним из антисептических растворов.
5. Налейте себе в ладонь 2 — 3 мл лекарственного средства и круговыми движениями втирайте лекарство в кожу пациента, пока ваша ладонь и кожа пациента не станут сухими.
6. Вымойте тщательно руки.

### **СМАЗЫВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ**

1. Вымойте, высушите руки.
2. **ПРИГОТОВЬТЕ:** лекарственное средство, стерильные марлевые или ватные шарики, пинцет, антисептические растворы (3 % раствор перекиси водорода, раствор фурацилина 1:5000, 0,5 % раствор перманганата калия), лоток.
3. Обработайте руки.
4. Обработайте кожу (рану) шариками, смоченными в одном из антисептических растворов.
5. Смочите ватный или марлевый шарик необходимым лекарственным средством.
6. Нанесите на кожу легкими движениями.
7. Обработайте использованные предметы, материалы.
8. Вымойте руки.



**ПРИМЕЧАНИЕ:** при наличии волос смазывайте лекарственным средством по ходу роста волос.

### **ПРИМЕНЕНИЕ ПРИСЫПКИ**

1. Вымойте, высушите руки.
2. Приготовьте присыпку, теплую воду в лотке, салфетки.
3. Вымойте кожу теплой водой.
4. Высушите тщательно салфеткой.
5. Нанесите присыпку.
6. Обработайте использованные предметы.
7. Вымойте руки.

### **ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАСТЫРЯ**

1. Вымойте, высушите руки.
2. **ПРИГОТОВЬТЕ:** пластырь, ножницы, антисептическое средство, ватные или марлевые шарики, лоток, пинцет.
3. Обработайте руки.
4. Обработайте кожу пациента одним из антисептических средств, при наличии волос — сбрейте их.
5. Наложите пластырь необходимых размеров на кожу.
6. Вымойте руки.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** 1) перед удалением пластыря смочите края спиртом;

2) снимите пластырь постепенно по ходу роста волос.

### **ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В УШИ**

1. Вымойте руки, высушите, наденьте перчатки.
2. **ПРИГОТОВЬТЕ:** лекарственное средство, подогретое на водяной бане, пипетку, турунду.
3. Усадите пациента и наклоните голову в противоположную сторону.
4. Возьмите пипетку и наберите лекарственное средство.
5. Оттяните левой рукой ушную раковину назад и вверх.
6. Закапайте в ухо 3 — 4 капли или введите турунду.
7. Обработайте использованные предметы.

### **ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В ГЛАЗА**

1. Вымойте руки, высушите.
2. **ПРИГОТОВЬТЕ:** лекарственное средство (теплое), пипетки и средства для промывания глаз.
3. Приведите пациента в удобное положение.



4. Промойте глаза (см. "Личная гигиена больного").
5. Наберите лекарственное средство в пипетку (3 — 4 капли).
6. Оттяните нижнее веко и закапайте 1 — 2 капли лекарства в конъюнктивальный мешок.
7. Попросите пациента поморгать.

**ОБРАБОТАЙТЕ:** использованные предметы, пипетку разъедините, стеклянные части прокипятите в дистиллированной воде 30 минут, высушите.

### **ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В НОС**

1. Вымойте, высушите руки.
2. **ПРИГОТОВЬТЕ:** лекарственное средство, подогретое на водяной бане, пипетку, ватные шарики, растительное масло, лоток.
3. Обработайте руки.
4. Очистите носовые ходы от корочек, от выделений (см. "Личная гигиена больного").
5. Попросите пациента наклонить голову в сторону, противоположную той, в которую вводят лекарство.
6. Наберите лекарство в пипетку.
7. Введите по 2 — 3 капли лекарства в носовой ход.
8. Повторите процедуру с п.5, введите лекарство в другую сторону.
9. Прижмите крылья носа к носовой перегородке.
10. Обработайте использованные предметы.
11. Вымойте руки.

### **ПРИМЕНЕНИЕ ГЛАЗНОЙ МАЗИ**

1. Вымойте руки, высушите.
2. **ПРИГОТОВЬТЕ:** мазь, стерильную палочку, антисептическое средство для обработки глаз, ватные тампоны, лоток.
3. Попросите пациента принять удобное положение.
4. Проведите туалет глаз.
5. Попросите пациента слегка запрокинуть голову назад.
6. Наберите мазь из флакона или тюбика на стеклянную палочку так, чтобы она покрыла всю палочку.
7. Расположите палочку у глаз пациента горизонтально, чтобы палочка с мазью была направлена в сторону носа.



8. Оттяните нижнее веко и заложите за него лопаточку с мазью к главному яблоку, а свободную поверхность — к веку.
9. Опустите веко и попросите больного без усилия сомкнуть веки.
10. Извлеките лопаточку из под сомкнутых век по направлению к виску.
11. Помассируйте веки легкими движениями пальцев.
12. Обработайте использованные предметы согласно инструкции.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ГЛАЗНОЙ МАЗИ**

( в специальном глазном тюбике)

1. Вымойте руки, высушите.
2. ПРИГОТОВЬТЕ: глазную мазь (в тюбике с зауженным концом).
3. Попросите пациента принять удобное положение.
4. Проведите туалет глаз.
5. Попросите пациента слегка запрокинуть голову назад. Возьмите тюбик в рабочую руку.
6. Оттяните нижнее веко пациента пальцами нерабочей руки.
7. Держите тюбик у внутреннего угла глаза, осторожно продвигайте его к наружному углу и выдавливайте содержимое тюбика на конъюнктиву нижнего века так, чтобы мазь располагалась вдоль всего века.
8. Отпустите нижнее веко, уберите тюбик от глаза, прижмите веко к главному яблоку.
9. Помассируйте веки легкими движениями пальцев.

## **ИНГАЛЯЦИИ**

Ингаляция — введение лекарственного средства в дыхательные пути.

Ингаляции применяются для воздействия лекарственного средства на органы дыхания.

Ингаляции применяются для воздействия лекарственного средства на центральную нервную систему (наркоз).

Ингаляции можно проводить в домашней обстановке.

Ингаляции проводятся с помощью ингаляторов.

Ингаляторы различают карманные и стационарные.

Для проведения ингаляции медсестра должна знать:

- цель ингаляции;



- формы лекарственных средств, применяемых для ингаляции;
- фармакологическое действие лекарственных средств для ингаляции;
- принципы работы ингаляторов;
- термины: спазм, круп, вязкая мокрота, астма, удушье, апноэ, аэрозоль;

уметь:

- проводить наблюдение за дыханием.

## **С Т А Н Д А Р Т**

### **ПРИМЕНЕНИЕ КАРМАННОГО ИНГАЛЯТОРА**

### **АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Приготовьте карманный ингалятор.
2. Объясните пациенту цель и ход манипуляции.
3. Возьмите баллончик ингалятора.
4. Снимите с баллончика колпачок, наденьте мундштук.
5. Встряхните баллончик.
6. Поверните баллончик вверх дном, держите вертикально между указательным пальцем и большим.
7. Попросите пациента обхватить мундштук губами.
8. Попросите пациента сделать глубокий вдох через рот и задержать дыхание, одновременно нажмите на дно баллончика, выдавливая аэрозоль в дыхательное горло.
9. Попросите пациента задержать дыхание до счета 10.
10. Выньте ингалятор, наденьте колпачок.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** 1) карманный ингалятор применяется индивидуально;

2) применяется не более 5 – 7 раз в день.

### **ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ**

### **ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**

Парентеральное применение – это введение лекарственных средств в организм, минуя желудочно-кишечный тракт, с помощью инъекции.

Инъекционно – парентерально вводятся лекарственные средства для быстрого воздействия на организм при терминальных состояниях.



Парентерально вводятся лекарственные средства при нарушении всасывания их в желудочно — кишечном тракте.

Преимущества инъекционного введения лекарственного средства:

- точность дозировки;
- быстрота проявления действия лекарственного средства;
- не разрушается в печени;
- не раздражает слизистой желудочно — кишечного тракта.

Недостатки:

- травматичность;
- необходимость стерильного шприца, иглы;
- боль.

Для проведения инъекций медсестра должна знать:

- цель введения лекарственного средства;
- виды инъекций;
- устройство шприцев;
- виды шприцев по емкости, по кратности применения;
- возможные осложнения инъекций;

уметь:

- соблюдать асептику;
- определить цену деления шприца;
- набрать точное количество лекарственного средства;
- оказать помощь при осложнениях инъекций.

Инъекция — введение лекарственного средства в организм под давлением с помощью шприца и иглы.

Инъекции выполняют врач и медсестра.

Медсестра выполняет инъекции в мышцу, в кожу, в подкожно — жировую клетчатку, в вену.

Для проведения инъекции медсестра должна знать:

- устройство и виды шприцев;
- участки тела, подходящие для выполнения инъекции;



- свойства лекарственных средств;
- особенности введения лекарственных средств;
- возможные их осложнения и причины их возникновения;
- особенности обработки шприцев в зависимости от кратности применения, от вида инъекции;

уметь:

- подобрать соответствующий шприц и иглу для инъекции;
- собирать шприц с соблюдением асептики;
- набирать лекарственное средство из ампулы, флакона;
- придать удобное положение пациенту при выполнении инъекции;
- выбрать подходящее место для инъекции и осмотреть;
- наблюдать за состоянием пациента;
- оказать помощь при осложнениях.

### **НАБОР ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА В ШПРИЦ (из ампулы, флакона)**

Для выполнения этой манипуляции медсестра должна знать:

- особенности набора в шприц некоторых лекарственных средств (масляные растворы, инсулин, антибиотики);
- устройство шприцев;
- термины;

уметь:

- собирать шприц с соблюдением асептики;
- применять водяную баню;
- обработать шприц после масляной инъекции.

### **ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ТЕХНИКА НАБОРА ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА ИЗ АМПУЛЫ**

**(шприц многократного использования)**

1. Вымойте руки, высушите.
2. **ПРИГОТОВЬТЕ:** соответствующий шприц и иглу в крафт-пакете, стерильные ватные шарики, пилочку, флакон с этиловым спиртом 70 %, лекарственное средство.



3. Соберите шприц из крафт – пакета, положите шприц в крафт – пакет.
4. Проверьте название лекарства и указанную дозу.
5. Выбейте жидкость из верха ампулы легким постукиванием или встряхиванием.
6. Надпилите узкую часть ампулы пилочкой.
7. Обработайте верх ампулы ватным шариком, смоченным в спирте и отломите им шейку в области надпила.
8. Возьмите ампулу левой рукой между 2 и 3 пальцами нерабочей руки и поверните вверх дном.
9. Возьмите рабочей рукой шприц, введите иглу в ампулу, не касаясь края стекла.
10. Держите иглу всегда в растворе.
11. Обхватите цилиндр шприца 1 и 4 пальцами нерабочей руки.
12. Наберите нужное количество лекарства, оттягивая поршень рабочей рукой. Старайтесь не набирать воздух из ампулы.
13. Поменяйте иглу.
14. Изгоните лишнее лекарство из шприца.
15. Положите шприц в крафт – пакет.
16. Смочите 2 ватных шарика спиртом, положите их в крафт – пакет рядом с поршнем.
17. Уберите все использованное, загрязненное, приведите в порядок стол.
18. Вымойте руки.

## **С Т А Н Д А Р Т**

### **ТЕХНИКА ВНУТРИКОЖНОЙ ИНЪЕКЦИИ**

Место инъекции:

- а) для кожно – аллергической пробы – ладонная поверхность предплечья;
  - б) для анестезии – поверхность для анестезии.
- Положения пациента: сидя, лежа.

### **АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Вымойте, высушите руки.
2. ПРИГОТОВЬТЕ: шприц 1 мл, игла 10 – 15 мм, наружные лекарственные стерильные ватные шарики, спирт 70 %.



3. Прочтите внимательно название, дозу лекарственного средства, приготовьте нужный раствор.
4. Убедитесь в том, что пациенту назначено данное средство.
5. Наденьте перчатки.
6. Соберите шприц и иглу.
7. Наберите в шприц нужное количество лекарственного средства, приготовьте шприц для инъекции.
8. Объясните пациенту цель инъекции и действие лекарства.
9. Выберите нужное лекарство для инъекции.
10. Помогите пациенту принять удобное положение для инъекции.
11. Обработайте кожу на месте инъекции.
12. Протрите еще раз место инъекции другим ватным тампоном, смоченным в 70 % спирте.
13. Натяните нерабочей рукой кожу на месте инъекции (с тыльной стороны предплечья).
14. Возьмите рабочей рукой шприц с иглой срезом вверх, придерживая указательным пальцем муфту иглы, а остальными пальцами обхватите шприц так, чтобы они не располагались между шприцем и поверхностью кожи пациента.
15. Сделайте прокол кожи и вводите иглу в кожу пока не скроется срез (кончик иглы должен просвечивать в толще кожи), приподнимите кончик иглы с кожей.
16. Введите лекарство нерабочей рукой, фиксируя указательным пальцем рабочей руки иглу (не более = 0,1 мл). При правильном введении иглы должна образоваться папула диаметром 4 – 5 мм.
17. Извлеките иглу аккуратно, не прижимая ватным тампоном место инъекции, уберите шприц с иглой.
18. Помогите пациенту принять удобное положение.
19. Обработайте использованные предметы.
20. Снимите перчатки, обработайте руки по приказу 408.
21. Занесите в медицинскую карту пациента данные о выполненной инъекции.



# С Т А Н Д А Р Т

## ТЕХНИКА ПОДКОЖНОЙ ИНЪЕКЦИИ

Место инъекции:

- а) наружная поверхность плеча;
- б) передне — наружная поверхность бедра;
- в) подлопаточная область;
- г) передняя поверхность живота.

Шприц 2 мл, игла 25 — 30 мм.

### АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ

1. Вымойте, высушите руки.
2. ПРИГОТОВЬТЕ: шприц, иглу, лекарственное средство, стерильные шарики, спирт 70 %.
3. Прочтите внимательно название, дату лекарственного средства.
4. Убедитесь в том, что данному пациенту назначено это лекарственное средство.
5. Наденьте перчатки, соберите шприц, иглу.
6. Наберите в шприц нужное количество лекарства, приготовьте для инъекции.
7. Объясните пациенту цель инъекции и действие лекарства.
8. Выберите нужное место для инъекции, прощупайте его, при наличии инфильтратов выберите другое место.
9. Помогите пациенту принять удобное положение для инъекции.
10. Обнажите место инъекции. Протрите выбранное место инъекции ватным шариком, смоченным 70 % спиртом.
11. Протрите еще раз, но меньшую площадь другим ватным шариком.
12. Зажмите ватный шарик 3 и 4 пальцами нерабочей руки.
13. Возьмите в рабочую руку шприц с лекарством следующим образом: придерживайте 2 пальцем канюлю иглы, 5 пальцем поршень, остальными пальцами придерживайте цилиндр.
14. Соберите нерабочей рукой кожу с подкожной клетчаткой в месте инъекции в треугольную складку.



15. Введите резко иглу под углом 45 градусов, срезом вверх на глубину  $\frac{2}{3}$  длины иглы.
16. Отпустите кожную складку, обхватите 2 и 3 пальцами нерабочей руки ободок цилиндра, а 1 пальцем надавите на поршень, держите шприц в рабочей руке, медленно введите лекарство.
17. Приложите ватный шарик к месту инъекции, извлеките быстрым движением иглу, прижмите шарик, если нужно, помассируйте место инъекции.
18. Уберите шприц, иглу, снимите перчатки и обработайте их.
19. Помогите пациенту принять удобное положение.
20. Обработайте руки.
21. Отметьте в медицинской карте выполненную процедуру.

## **С Т А Н Д А Р Т**

### **ТЕХНИКА ВНУТРИМЫШЕЧНОЙ ИНЪЕКЦИИ**

Места инъекций:

- а) верхняя треть плеча;
- б) верхне – наружный квадрант ягодицы;
- в) передняя поверхность бедер.

#### **АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Вымойте руки, высушите.
2. ПРИГОТОВЬТЕ: шприц емкостью 5 – 10 мл, игла 40 – 50 мм, лекарственное средство, стерильные ватные шарики, спирт 70 %.
3. Прочтите внимательно название, дозу лекарственного средства, приготовьте нужный раствор.
4. Убедитесь, что больному назначено данное лекарство.
5. Соберите шприц и иглу.
6. Наберите в шприц нужное количество лекарственного средства, приготовьте шприц для инъекции.
7. Объясните пациенту цель инъекции, действие лекарства.
8. Определите подходящее место для инъекции.
9. Помогите пациенту принять удобное положение для инъекции, обнажите место инъекции.
10. Наденьте перчатки.



11. Осмотрите и ощупайте место инъекции на отсутствие уплотнений, заболеваний кожи.
12. Обработайте кожу на месте инъекции ватным тампоном, смоченным в 70 % спирте, выбросьте тампон.
13. Протрите еще раз место инъекции другим ватным тампоном, смоченным в спирте, зажмите ватный тампон 3 и 4 пальцами нерабочей руки.
14. Возьмите шприц в рабочую руку так, чтобы 5 палец придерживал муфту иглы, 2 палец положите на поршень, а 1, 3 и 4 пальцами обхватите цилиндр шприца.
15. Натяните кожу на месте инъекции пальцами свободной руки или соберите кожу в складку.
16. Введите иглу энергичным движением, но соблюдая осторожность, под углом 90 градусов, оставьте около 1 мм под муфтой иглы.
17. Не выпускайте шприц из руки, отпустите кожу, положите пальцы свободной руки на поршень, введите лекарство.
18. Извлеките иглу и шприц, положите одновременно ватный тампон из нерабочей руки на место инъекции.
19. Помассируйте слегка место инъекции, нажимая круговыми движениями ватным тампоном.
20. Помогите пациенту принять удобное положение.
21. Обработайте использованные предметы (ватные шарики, иглу, шприц).
22. Снимите перчатки и обработайте их по приказу 408.
23. Отметьте в медицинских документах выполненную процедуру.
24. Осмотрите через 20 – 25 минут место инъекции и выясните самочувствие пациента.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** при введении внутримышечно лекарственного средства в виде эмульсии алгоритм действий медсестры следующий:

1. Отпустите кожу, обхватите поршень пальцами нерабочей руки, натяните поршень, чтобы проверить, не попала ли игла в сосуд. Если в цилиндр натягивается кровь – извлеките иглу, если нет крови – вводите лекарственное средство. Далее по стандарту.



# С Т А Н Д А Р Т

## ТЕХНИКА ВНУТРИВЕННОГО СТРУЙНОГО ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА

Места инъекций:

- а) поверхностные вены головы, локтевого сгиба, предплечья, тыльной поверхности кисти и стопы.

### АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ

1. Вымойте, высушите руки, наденьте перчатки.
2. ПРИГОТОВЬТЕ: шприц емкостью 10 — 20 мл, иглу длиной 40 мм, диаметром 0,8 — 1,1 мм, лекарственное средство, стерильные ватные шарики, спирт 70 %, жгут, салфетку, валик.
3. Прочтите внимательно название, дозу лекарственного средства, назначенного врачом.
4. Соберите шприц, иглу.
5. Наберите в шприц нужное количество лекарственного средства, приготовьте для инъекции.
6. Объясните пациенту цель инъекции, действие лекарственного средства.
7. Выберите и осмотрите подходящую поверхность для проведения инъекции.
8. Помогите пациенту принять удобное положение: сидя или лежа.
9. Обнажите поверхность тела, где будет проводиться венепункция.
10. Наложите жгут в виде петли на 4 — 5 см выше места инъекции так, чтобы концы петли не прикасались к месту инъекции.

**НЕЛЬЗЯ ЗАВЯЗЫВАТЬ ЖГУТ!**

**НЕЛЬЗЯ НАКЛАДЫВАТЬ ЖГУТ НА КОЖУ!**

11. Прощупайте пульс, прощупайте вену ниже наложенного жгута.
12. Обработайте поверхность кожи на месте инъекции ватным тампоном, смоченным в 70 % спирте. Выбросьте ватный тампон.
13. Протрите кожу другим ватным тампоном, смоченным в 70 % спирте, зажмите ватный тампон между 3 и 4 пальцами нерабочей руки.



14. Возьмите шприц в рабочую руку так: придерживайте указательным пальцем муфту (каниюлю) иглы сверху, остальными пальцами обхватите поршень.
15. Оттяните кожу на месте инъекции указательным пальцем свободной руки, одновременно фиксируя вену.
16. Расположите шприц и иглу по ходу вены.
17. Введите быстро, энергично иглу под углом 30 % под кожу, затем по направлению вены. При попадании в просвет вены чувствуется провал.
18. Прижмите указательным пальцем рабочей руки иглу к коже пациента (не выпускайте шприц из руки). Проверьте попадание в вену, оттянув поршень свободной рукой на себя. Если в шприц пойдет кровь — игла в вене.
19. Продвиньте иглу несколько вперед по ходу вены, проверьте нахождение иглы в просвете вены, оттянув поршень. Не выпускайте шприц из рабочей руки. Зафиксируйте иглу указательным пальцем.
20. Распустите жгут свободной рукой, не выпуская шприц из рабочей руки.
21. Проверьте нахождение иглы в вене, оттянув поршень еще раз.
22. Введите медленно лекарство, надавливая на поршень нерабочей рукой.
23. Приложите плотно ватный тампон на место прокола и быстро извлеките иглу.
24. Наложите туго асептическую повязку, не отнимая тампона с места прокола.
25. Помогите пациенту принять удобное положение.
26. Обработайте использованные инструменты.
27. Снимите перчатки и обработайте их.
28. Отметьте в медицинской документации выполненную процедуру.
29. Осмотрите через 20 — 25 минут место инъекции и выясните состояние пациента.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** если венепункция проводится в локтевую вену, то в п. 24 попросите пациента согнуть руку в локтевом сгибе и подержать в таком положении в течение 2 — 3 минут.



## **ВНУТРИВЕННОЕ КАПЕЛЬНОЕ ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**

Для выполнения процедуры медсестра должна знать:

- цели капельного введения лекарства;
- средства для капельного вливания;
- устройство системы для капельного вливания;
- термины: инфузия, интоксикация; дезинтоксикация, диурез, эмболия, водный баланс;
- скорость введения лекарственного средства;
- возможные осложнения капельного введения;

уметь:

- соблюдать асептику;
- обработать систему после применения в зависимости от кратности применения;
- наблюдать за состоянием пациента во время и после процедуры;
- оказать первую помощь при возможных осложнениях.

## **С Т А Н Д А Р Т ТЕХНИКА СБОРА И ПОДГОТОВКИ СИСТЕМЫ ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО КАПЕЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ РАСТВОРОВ**

1. Вымойте руки, наденьте перчатки.
2. ПРИГОТОВЬТЕ: системы в упаковке, лекарственные средства во флаконе, флакон со спиртом 70 %, бикс со стерильными ватными шариками, лоток, пинцеты, зажим, ножницы в тройном растворе, штатив — стойка, медицинская резинка, лейкопластырь.
3. Прочтите внимательно название, дозу лекарственного средства, сверьтесь с назначением врача.
4. Вскройте флакон с помощью пинцета или зажима.
5. Обработайте резиновый колпачок флакона ватным тампоном, смоченным 70 % спиртом.
6. Оставьте тампон в колпачке.
7. Обработайте упаковку с системой тампоном со спиртом по линии разреза.
8. Вскройте пакет с помощью ножниц.
9. Извлеките из пакета воздуховод.
10. Введите иглу воздуховода во флакон.



11. Закрепите свободный конец воздуховода резинкой.
12. Введите лекарственную иглу во флакон.
13. Приведите зажим в положение закрыто.
14. Установите флакон на штативе.
15. Заполните фильтр до половины лекарственным средством, слегка надавливая на фильтр.
16. Снимите колпачок с инъекционной иглы (или канюли), возьмите его в нерабочую руку, держите иглу над лотком, не задевая его.
17. Откройте зажим медленно, чтобы жидкость вытесняла воздух из нижнего колена системы.
18. Установите нужную скорость введения раствора.
19. Наложите зажим на резиновую часть системы.
20. Наденьте колпачок на инъекционную часть иглы (канюлю).
21. Закрепите нижнее колено на штативе за кольцо зажима.
22. Приготовьте 3 полоски лейкопластыря и закрепите его на штативе.
23. Приготовьте в лотке стерильные ватные тампоны со спиртом.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** если вводится большое количество растворов п.4, то подогрейте флакон на водяной бане до температуры 20 – 24 градуса.

24. Прикрепите к флакону грелку с горячей водой.

## **С Т А Н Д А Р Т**

### **ТЕХНИКА ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**

#### **АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Предупредите пациента о предстоящей процедуре. Вымойте, высушите руки.
2. Соберите и подготовьте систему для капельного введения жидкости (см. стандарт "Сбор и подготовка системы").
3. Приготовьте набор для внутривенной инъекции (см. стандарт "Техника внутривенной инъекции").
4. Обработайте руки, наденьте перчатки.
5. Уложите пациента удобно в постели.



6. Проведите венепункцию (см. стандарт "Техника внутривенного введения до п. 22).
7. Подложите под иглу салфетку и разъедините шприц с иглой.
8. Снимите зажим с системы, соедините канюлю системы с иглой на высоте капли.
9. Проверьте скорость введения раствора по фильтру системы.
10. Проследите за наполнением вены (при вздутии вены в месте прокола прекратите введение лекарственного средства).
11. Зафиксируйте иглу, канюлю системы лейкопластырем, накройте салфеткой.
12. Следите за состоянием и самочувствием пациента.
13. Следите за скоростью введения препарата, за количеством введенного препарата.
14. Закройте зажим системы после введения пужного количества лекарственного препарата.
15. Приложите плотно ватный тампон со спиртом на иглу и быстро извлеките иглу.
16. Попросите пациента согнуть руку в локтевом сгибе и подержать в таком положении 2 – 3 минуты.
17. Попросите пациента не вставать в течение 20 – 30 минут.
18. Помогите пациенту принять удобное положение.
19. Обработайте использованные инструменты.
20. Снимите перчатки и обработайте их.
21. Отметьте в медицинской документации выполненную процедуру.
22. Осмотрите через 20 – 25 минут место инъекции и выясните состояние пациента.



# ТЕМА: СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ С РВОТОЙ

Рвота — это непроизвольное выбрасывание содержимого желудка через рот (иногда через нос).

Рвота — сложный рефлекторный акт, в котором участвуют мускулатура желудка, диафрагма, нижний отдел пищевода.

Рвота может быть обусловлена приемом недоброкачественной пищи, передозировкой лекарств (отравлением).

Рвота может явиться следствием раздражения рвотного центра (опухоль мозга, повышение внутричерепного давления, черепно-мозговая травма). Рвота может быть проявлением гипертонического криза. Рвота может быть обусловлена заболеваниями внутренних органов (печени, почек и т.д.).

Для ухода за пациентом медсестра должна знать:

- термины: аспирация, пациент в полном сознании;
  - асептические растворы, которые можно применять при отсутствии сознания у пациента, для орошения полости рта;
  - анатомия ротовой и носовой полостей;
- уметь;
- обрабатывать полость рта;
  - отсасывать слизь из полости носа с помощью электроотсоса, грушевидного баллончика;
  - определить характер рвотных масс;
  - обрабатывать выделения пациента по инструкции.

Тактика медсестры:

- уметь проводить сбор материала;
- уход зависит от состояния.

## Основные принципы ухода

1. Успокоить пациента.
2. Обеспечить уединение пациента.
3. Проводить аспирацию рвотных масс.
4. Подавлять в себе чувство брезгливости.



## **С Т А Н Д А Р Т** **ПОМОЩЬ ПРИ РВОТЕ ПАЦИЕНТУ,** **НАХОДЯЩЕМУСЯ В СОЗНАНИИ** **АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Вымойте руки, высушите.
2. ПРИГОТОВЬТЕ: таз, клеенку, полотенце или салфетку, грушевидный баллон, воду, лоток.
3. Наденьте фартук, перчатки.
4. Усадите пациента в удобное положение.
5. Закройте грудь пациента клеенкой или клеенчатым фартуком, уберите съемные протезы (зубные).
6. Поставьте таз на пол между ногами пациента.
7. Придерживайте лоб пациента при каждом акте рвоты.
8. Очистите после рвоты полость рта пациента салфеткой от остатков рвотных масс.
9. Произведите орошение ротовой полости (см. стандарт "Уход за полостью рта").
10. Оботрите пациенту губы, подбородок.
11. Уложите пациента удобно.
12. Наблюдайте за пациентом.
13. Обработайте использованные предметы.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** рвотные массы оставьте до прихода врача. По назначению врача отправьте рвотные массы в лабораторию. При появлении кровавой рвоты вызовите врача и окажите доврачебную помощь.

## **С Т А Н Д А Р Т** **ПОМОЩЬ ПРИ РВОТЕ ПАЦИЕНТУ,** **НАХОДЯЩЕМУСЯ В БЕССОЗНАТЕЛЬНОМ** **СОСТОЯНИИ** **АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Вымойте руки, высушите.
2. ПРИГОТОВЬТЕ: клеенку, почкообразный лоток, таз, грушевидный баллон, шпатель, роторасширитель, ем-кость с растворами для орошения рта (0,02 % раствор фурацилина, 2 % раствор соды, 0,1 % раствор перманганата калия), кипяченую воду.



3. Наденьте перчатки, фартук.
4. Поверните голову больного на бок, положите клеенку так, чтобы концы клеенки свисали в таз, поставленный на полу рядом с кроватью больного.
5. Поставьте лоток у угла рта больного.
6. Проводите орошение полости рта после каждого акта рвоты (см. стандарт "Уход за полостью рта").
7. Проводите профилактику аспирации рвотными массами.
8. Уложите больного удобно при улучшении его состояния (прекращение рвоты).
9. Уберите предметы, использованные при уходе за больным, обработайте.
10. Снимите перчатки, обработайте.
11. Наблюдайте за больным.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** при появлении кровавой рвоты вызовите врача, окажите доврачебную помощь. По назначению врача отправьте рвотные массы в лабораторию.

### **ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА**

Промывание желудка проводится с целью удаления недоброкачественной пищи, ядов, слизи.

Промывание желудка проводит медсестра.

Промывание желудка может проводиться в ванной комнате, в палате, на дому.

Промывание желудка можно проводить с помощью зонда и беззондовым способом.

Зондовое промывание желудка является наиболее щадящим способом.

Для выполнения процедуры медсестра должна знать:

- анатомию желудочно — кишечного тракта;
- виды зондов;
- цели промывания;
- симптомы возможных осложнений;
- термины: аспирация, желудочное кровотечение, пациент в сознании, без сознания, коллапс;
- закон сообщающихся сосудов (из курса физики);

уметь:

- психологически подготовить пациента;



- сохранять спокойствие, выдержку;
- соблюдать асептику;
- рассчитать глубину введения зонда;
- обрабатывать выделения и использованные предметы;
- оказать помощь при осложнениях;
- проводить наблюдение за состоянием пациента.

## С Т А Н Д А Р Т ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА (ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ) АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ

1. ПРИГОТОВЬТЕ: стерильные толстые желудочные зонды, воронку, ведро с раствором для промывания (0,1 % раствор перманганата калия, 4,2 % раствор гидрокарбоната натрия, воду (кувшин 1 л), клеенчатый фартук, клеенку, таз для смывных вод, полотенце, шприц Жане, перчатки.
2. Объясните пациенту цели и ход процедуры.
3. Вымойте руки, высушите.
4. Наденьте перчатки, фартук.
5. Предложите больному расстегнуть ворот рубашки, снять галстук, ремень, бюстгалтер, снять съемные зубы.
6. Правильно усадите пациента. Он должен плотно прислониться к стенке стула, слегка наклонить голову вперед, ноги расставить.
7. Накройте клеенкой шею и грудь пациента так, чтобы края клеенки спускались в таз, поставленный между ногами больного.
8. Достаньте пинцетом стерильный, влажный зонд из емкости, возьмите его правой рукой на расстоянии 10 – 15 см от слепого конца, а левой придерживайте свободный конец зонда.
9. Определите глубину введения зонда в желудок по отношению к отметке на зонде.
10. Предложите пациенту открыть рот и глубоко дышать через нос, положите слепой конец зонда на корень языка.



11. Попросите пациента сделать глотательное движение. При каждом глотательном движении активно проводите зонд по пищеводу до отметки.
12. Подсоедините воронку к свободному концу зонда.
13. Опустите воронку до уровня колен пациента, наполните ее промывной жидкостью.
14. Поднимите воронку с жидкостью медленно, чтобы жидкость достигла устья воронки.
15. Опустите воронку до уровня колен для наполнения ее желудочным содержимым. Опорожните воронку в таз.
16. Процедуру с п.13 до п.15 повторяют до появления чистых вод.
17. Оберните свободный конец зонда салфеткой.
18. Извлеките зонд с максимальной осторожностью, пропуская зонд через салфетку.
19. Снимите клеенку с пациента, уберите предметы, использованные для промывания, обработайте их по приказу 408.
20. Снимите фартук, перчатки и обработайте их по пр.408.
21. Наблюдайте за состоянием пациента после промывания.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** промывные воды по назначению врача направляются в лабораторию, оставшаяся часть обрабатывается по пр.408.



## ТЕМА: СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ НАРУШЕНИЯХ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ОТПРАВЛЕНИЙ

Нарушение физиологических отправлений — это нарушение функции кишечника и мочевыделительной системы.

Нарушение физиологических отправлений выражается;

— поносом или запором;

— метеоризмом;

— задержкой мочи;

— недержанием мочи.

### СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ ЗАПОРАХ

1. Выясните самочувствие пациента, проведите осмотр, опрос.
2. Проведите беседу о соответствующем питании пациента (стол № ).
3. Поставьте клизму согласно установленным стандартам.
4. Объясните цель постановки и методику клизмы. Подберите вид клизмы в зависимости от состояния больного.
5. Дайте пациенту лекарственное средство (слабительное), назначенное врачом.
6. Наблюдайте за состоянием пациента до улучшения состояния.

### КЛИЗМА

Клизма — введение в нижний отрезок толстого кишечника жидкости с диагностической и лечебной целями.

Применяются:

микроклизмы — от 50 до 200 мл;

макроклизмы — от 1500 мл до 10 — 12 л.

Цель:

— очистительная;

— диагностическая;

— лечебная;

— питательная.

Клизма — интимная процедура.

Клизма может проводиться в клизменной комнате, в ванной комнате, в палате.



Показания и противопоказания определяет врач. Клизму выполняет медсестра.

При выполнении клизмы есть высокий риск заражения медсестры вирусным гепатитом и СПИДом.

Для проведения клизмы медсестра должна знать:

- анатомию толстого кишечника, разделы толстого кишечника;
- процесс переваривания пищи в кишечнике;
- виды клизм;
- цель постановки клизмы;
- средства, применяемые для клизмы;
- механизм действия применяемых средств;
- термины: микроклизма, макроклизма, запор, колит, проктит, геморрой, перистальтика, метеоризм;
- возможные осложнения процедуры;

уметь:

- провести психологическую подготовку пациента к процедуре;
- проводить уход за промежностью;
- проводить пальцевое исследование прямой кишки;
- наблюдать за состоянием пациента;
- обрабатывать использованные предметы ухода.

### **ОЧИСТИТЕЛЬНАЯ КЛИЗМА**

Показания:

- запоры;
  - перед инструментальными методами обследования;
  - перед операциями;
  - перед родами;
  - перед постановкой лекарственных клизм.
- Противопоказания:
- острые воспалительные заболевания в области заднего прохода;
  - кровоточащий геморрой;
  - опухоли прямой кишки в стадии распада;
  - кровотечение из желудочно — кишечного тракта.

### **СИФОННАЯ КЛИЗМА**

Показания:

- неэффективность очистительной клизмы;
- кишечная непроходимость;



- отравление ядами;
  - удаление газов;
  - удаление из кишечника продуктов брожения, гниения.
- Противопоказания:  
см. "Очистительная клизма".

### **МАСЛЯНАЯ КЛИЗМА**

- является микроклизмой;
- применяется с целью очищения кишечника и лечебной целью.

Показания:

- упорные запоры;
- спастические запоры;
- запоры при язвенных поражениях кишечника;
- язвенные колиты.

При неэффективности масляной очищающей клизмы следует сделать очистительную простую клизму.

### **ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ КЛИЗМА**

- является микроклизмой;
- применяется с целью очищения;
- раздражает слизистую кишечника;
- вызывает обильный стул.

Показания:

- запоры, сочетающиеся с отеками;
- атонические запоры.

Противопоказания:

- острые и хронические воспалительные и язвенные заболевания кишечника и далее см. "Очистительные клизмы".

## **С Т А Н Д А Р Т ОЧИСТИТЕЛЬНАЯ КЛИЗМА АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Вымойте руки, высушите.
2. ПРИГОТОВЬТЕ: кружку Эсмарха, наконечник, штатив, вазелин, судно, клеенку, перчатки, набор для подмывания больных, ширму, пеленку, маску, фартук, перчатки.



3. Подготовьте пациента психологически.
4. Предупредите пациента о предстоящей процедуре, месте и времени проведения.
5. Наденьте перчатки, фартук.
6. Налейте в кружку Эсмарха 1 – 1,5 л воды комнатной температуры (20 градусов).
7. Подвесьте кружку на стойку.
8. Откройте вентиль на резиновой кружке и заполните ее водой, закройте вентиль.
9. Смажьте наконечник вазелином, а кушетку накройте клеенкой, свисающей в таз на случай, если больной не сможет удержать воду в кишечнике.
10. Уложите больного на левый бок, при этом его ноги должны быть согнуты в коленях и слегка подведены к животу.
11. Раздвиньте ягодицы четырьмя пальцами левой руки, а правой рукой осторожно введите наконечник в анальное отверстие, продвигая вначале по направлению к пупку на расстояние 3 – 4 см, а затем параллельно позвоночнику на глубину 8 – 10 см.
12. Приоткройте вентиль (следить, чтобы вода не вытекала быстро), так как это может вызвать боли.
13. Если вода не поступает в кишечник, поднимите кружку выше, и измените положение наконечника; проведите его глубже или слегка вытяните наружу. Если это не помогает (видимо наконечник забит каловыми массами) извлеките, замените наконечник.
14. По окончании введения воды в кишечник, закройте вентиль и осторожно извлеките наконечник.
15. Объясните пациенту, что он должен постараться задержать воду в кишечнике на несколько минут для лучшего разжижения каловых масс.
16. Подайте судно.



17. После дефекации осмотрите стул, если в унитазе только вода с незначительным количеством каловых масс, то клизму необходимо повторить после осмотра пациента врачом.
18. После акта дефекации подмойте пациента.
19. Инструменты, предметы ухода и выделения больного обработайте по пр. 408.
20. Снимите перчатки, обработайте по пр.408.

## **С Т А Н Д А Р Т** **СИФОННАЯ КЛИЗМА** **АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

Подготовьте пациента психологически.

Предупредите пациента о предстоящей процедуре.

1. Вымойте руки, высушите.
2. ПРИГОТОВЬТЕ: два толстых желудочных зонда длиной 1 м, соединенных стеклянной трубкой и воронку вместимостью 1 л, 10 л воды комнатной температуры, кувшин (кружку) емкостью 1 л, ведро для собирания смывных вод, клеенку, фартук, вазелин, перчатки, ширму, набор для подмывания пациента.
3. Поставьте ширму, если это необходимо.
4. Наденьте перчатки, фартук.
5. Уложите пациента на кушетку, покрытую клеенкой с пеленкой на левый бок, при этом его ноги должны быть согнуты в коленях и слегка подведены к животу.
6. Слепой конец зонда смажьте вазелином на протяжении 30 – 40 см.
7. Раздвиньте ягодицы больного и введите слепой конец зонда в кишечник на глубину 30 – 40 см.
8. Подсоедините воронку.
9. Держать воронку немного ниже уровня пациента в наклонном положении.
10. Наполнить воронку жидкостью и постепенно приподнимать над больным на высоту 80 см.



11. Как только уровень убывающей воды достигнет сужения воронки, ее опускают над тазом, не переворачивая до тех пор, пока из кишечника не заполните воронку.
12. Содержимое воронки вылейте в ведро.
13. Снова наполняют воронку водой и повторяют процедуру несколько раз, пока не прекратится отхождение газов и в воронку не будет поступать чистая вода.
14. Воронку снимите, а резиновую трубку оставьте в прямой кишке на 10 – 20 минут, опустите ее свободный конец в таз для стока оставшейся жидкости и отхождения газов.
15. После окончания процедуры подмойте пациента.
16. Инструменты и выделения пациента обработайте по пр. 408.
17. Снимите перчатки и обработайте по пр. 408.

## **С Т А Н Д А Р Т ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ КЛИЗМА АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

Предупредите пациента о предстоящей процедуре.

1. **ПРИГОТОВЬТЕ:** грушевидный баллон или шприц Жане, газоотводную трубку, вазелин, 50 – 100 мл гипертонического 25 % раствора магния сульфата, 10 % раствора хлорида натрия, ширму, набор для подмывания пациента.
2. Вымойте руки, высушите.
3. Поставьте ширму, если это необходимо.
4. Наденьте перчатки, фартук.
5. Наберите в грушевидный баллон 50 – 100 мл теплого гипертонического раствора.
6. Уложите пациента на левый бок с согнутыми и подведенными к животу ногами.
7. Смажьте газоотводную трубку вазелином.
8. Раздвиньте ягодицы, введите газоотводную трубку в прямую кишку на 15 – 20 см.



9. Присоедините к трубке грушевидный баллон или шприц Жане и медленно введите раствор.
10. Извлеките газоотводную трубку, не разжимая баллон и попросите пациента задержать раствор в кишечнике на 20 — 30 минут.
11. Подайте судно.
12. После акта дефекации подмойте пациента.
13. Инструменты и предметы ухода обработайте по пр. 408.
14. Снимите перчатки и обработайте по пр. 408.

## **С Т А Н Д А Р Т МАСЛЯНАЯ КЛИЗМА АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ**

1. ПРИГОТОВЬТЕ: грушевидный баллон или шприц Жане, газоотводную трубку, 100 — 200 мл масла растительного или вазелинового, подогретого до температуры 27 — 28 градусов, клеенку, пеленку, ширму.
2. Вымойте руки, высушите.
3. Поставьте ширму.
4. Наденьте перчатки, фартук.
5. Наберите в грушевидный баллон 100 — 200 мл теплого масла.
6. Уложите пациента на левый бок с согнутыми и подведенными к животу ногами.
7. Смажьте газоотводную трубку вазелином.
8. Раздвинув ягодицы, введите газоотводную трубку в прямую кишку на 15 — 20 см.
9. Присоедините к трубке грушевидный баллон или шприц Жане с маслом и медленно введите масло.
10. Извлеките газоотводную трубку (дезинфицируйте методом кипячения, не разжимая баллон).
11. Напомните пациенту о том, чтобы он не вставал до утра.
12. Снимите перчатки и обработайте по пр. 408.
13. Утром подайте судно.
14. После акта дефекации подмойте пациента.



## **С Т А Н Д А Р Т** **ЛЕКАРСТВЕННАЯ КЛИЗМА** **АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. ПРИГОТОВЬТЕ: лекарство, назначенное врачом (100 — 200 мл) с температурой 40 — 42 градуса, резиновый баллончик с наконечником или шприц Жане с наконечником, глицерин, вазелин, салфетку, судно, клеенку, набор для очистительной клизмы, ширму.
2. Вымойте, высушите руки.
3. Поставьте ширму.
4. Наденьте резиновые перчатки и фартук.
5. Проведите пациенту очистительную клизму (при необходимости 2 с интервалом 30 минут — 1 час).
6. Подмойте пациента.
7. Наберите лекарство в резиновый баллон с наконечником либо в шприц Жане с наконечником после освобождения кишечника.
8. Уложите пациента на левый бок с согнутыми ногами в тазобедренных и коленных суставах.
9. Смажьте наконечник глицерином или вазелином.
- 10.левой рукой раздвиньте ягодицы.
11. В правую руку возьмите наконечник и осторожно введите его на глубину 7 — 8 см.
12. Введите лекарство медленно.
13. Извлеките наконечник из кишечника и оставьте пациента на 20 — 25 минут.
14. Поворачивайте пациента по часовой стрелке каждые 5 минут.
15. Инструменты, предметы ухода и выделения пациента обработайте по пр. 408.
16. Предупредите пациента, чтобы он не вставал до утра, если ввели масляный раствор.

## **С Т А Н Д А Р Т** **ПИТАТЕЛЬНАЯ КЛИЗМА** **АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

Предупредите пациента о предстоящей процедуре, разъясните цель и ход процедуры.



1. ПРИГОТОВЬТЕ: 5 % раствор глюкозы, 0,9 % раствор хлорида натрия, грелку с теплой водой, набор для очистительной клизмы, ширму, систему для капельного вливания.
2. Вымойте руки, высушите.
3. Наденьте перчатки, фартук.
4. Сделайте пациенту очистительную клизму, удостоверьтесь в ее эффективности, подмойте пациента.
5. Соберите систему для капельного вливания, к задней стенке флакона прикрепите грелку (40 °С).
6. Соедините систему с наконечником.
7. Отрегулируйте 60 – 80 капель в минуту.
8. Через 30 – 60 минут после очистительной клизмы снова уложите пациента на левый бок.
9. Смажьте наконечник глицерином (вазелином) и введите в анальное отверстие: первые 3 – 4 см от наконечника введите по направлению к пупку и затем еще раз на 5 – 8 см параллельно копчику.
10. Откройте зажим и капайте 60 – 80 капель в минуту.
11. Предупредите больного, чтобы после питательной клизмы он спокойно пролежал 1 – 2 часа.
12. Инструменты, предметы ухода, выделения пациента обработайте по пр. 408.
13. Снимите перчатки и обработайте по пр. 408.

### МЕТЕОРИЗМ

Метеоризм – патологическое газообразование в кишечнике, вызывающее вздутие живота.

Метеоризм развивается вследствие нарушения нормального состава кишечной флоры, а также в результате употребления продуктов, богатых клетчаткой.

При метеоризме медсестра должна знать:

- анатомию желудочно – кишечного тракта;
- процесс переваривания пищи в кишечнике;
- основы диеттики, диетические столы;
- термины: дисбактериоз, непроходимость кишечника, перистальтика, пальпация, адсорбент;
- лекарственные средства, влияющие на перистальтику;
- методы простейшей физиотерапии, влияющие на перистальтику;

уметь:



- проводить беседу о правильном питании;
- применять газоотводную трубку;
- применять лекарственные препараты: перорально, ректально;
- выполнять внутривенные и подкожные инъекции;
- проводить наблюдение за пациентом;
- проводить пальпацию живота, применять грелку.

### **СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ МЕТЕОРИЗМЕ**

1. Выясните причину метеоризма, возможную путем опроса, осмотра живота.
2. Проведите коррекцию питания:
  - а) посоветуйте исключить из рациона пациента продукты, богатые клетчаткой (хлеб ржаной, овощи сырые, фрукты и т.д.), цельное молоко;
  - б) посоветуйте употреблять каши, овощи, фрукты в отварном виде, т.е. легкоусвояемую пищу.
3. Примените немедикаментозное лечение (грелку, детям теплую проутюженную пеленку на живот и т.д.).
4. Дайте пациенту адсорбенты, если нет противопоказаний.
5. Примените лекарственное средство, назначенное врачом, по установленным стандартам.
6. Наблюдайте за состоянием пациента до улучшения состояния.

## **С Т А Н Д А Р Т ТЕХНИКА ВВЕДЕНИЯ ГАЗОТВОДНОЙ ТРУБКИ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. ПРИГОТОВЬТЕ: стерильную газоотводную трубку, клеенку, судно, вазелиновое масло, салфетку, ширму.
2. Поставьте ширму, если это необходимо.
3. Уложите пациента на левый бок с согнутыми коленями, положите под него клеенку.



4. Поставьте судно с водой у ног пациента.
5. Вымойте руки, высушите.
6. Наденьте перчатки.
7. Возьмите стерильную газоотводную трубку, закругленный конец смажьте вазелином.
8. Разведите левой рукой ягодицы, правой введите газоотводную трубку вращательными движениями в прямую кишку, вначале по направлению к пупку (3–4 см), затем параллельно позвоночнику на глубину 20 – 30 см.
9. Трубку оставьте в кишечнике до полного отхождения газов, но не более одного часа.
10. Извлеките осторожно трубку, протрите окружность заднего отверстия и смажьте вазелиновым маслом.
11. Снимите перчатки, фартук, обработайте по пр. 408.
12. Обработайте предметы по пр. 408.

### **ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ**

Задержка мочеиспускания – невозможность опорожнения мочевого пузыря.

Задержка мочеиспускания доставляет психический и физический дискомфорт пациенту.

Задержка мочеиспускания возникает при непроходимости мочеиспускательного канала (опухоль, камень, врожденная аномалия мочевого пузыря у детей).

Задержка мочеиспускания может наблюдаться в послеоперационном периоде, при стрессовых ситуациях.

Задержка мочеиспускания может быть симптомом воспалительного процесса мочевыводящих путей.

Задержка мочеиспускания проявляется:

- болями в надлобковой области;
- частыми позывами на мочеиспускание;
- беспокойством пациента.

Для ухода за пациентом медсестра должна знать:

- анатомию мочевыводящих путей;
- процесс образования мочи;



- причины задержки мочеиспускания;
- термины: анурия, олигурия, полиурия, катетеризация, аденома;
- методы простейшей физиотерапии;

уметь:

- проводить психологическую подготовку пациента;
- проводить катетеризацию мочевого пузыря;
- применять грелку;
- применять лекарственные средства внутримышечно и подкожно;
- проводить наблюдение за состоянием пациента;
- проводить уход за промежностью.

## **СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ ЗАДЕРЖКЕ МОЧЕИСПУСКАНИЯ**

1. Выясните самочувствие пациента и возможные варианты причин, вызывающих задержку мочеиспускания путем опроса и осмотра.
2. Успокойте пациента.
3. В зависимости от причины:
  - а) подготовьте условия для самостоятельного мочеиспускания:
    - уединение пациента;
    - шум льющейся воды;
    - орошение промежности теплой водой;
  - б) примените грелку при отсутствии противопоказаний;
  - в) примените назначенные врачом лекарственные средства согласно установленным стандартам;
  - г) проведите катетеризацию мочевого пузыря.
4. Наблюдайте за состоянием пациента до улучшения самочувствия.

## **СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ**

1. Проведите беседу с пациентом о его поведении, успокойте.
2. Обучите пациента применению мочеприемника, его обработке.



3. Помогите приготовить или приготовьте постель:
  - наденьте наматрацник;
  - приготовьте клеенку по всей ширине и длине матраца;
  - постелите простынь;
  - постелите клеенку под поясничную область, затем пеленку;
  - далее одеяло в пододеяльнике, подушки.
4. Обучите пациента приемам ухода за промежностью с антисептическими средствами.

### **КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

Катетеризация мочевого пузыря – введение катетера в мочевой пузырь с диагностической и лечебной целью.

Диагностическая цель:

- взятие мочи для исследования с помощью катетера;
- введение контрастного вещества.

Лечебная цель:

- выведение мочи;
- промывание мочевого пузыря;
- введение лекарственного средства.

Катетеризация может проводиться в процедурном кабинете или в палате пациента, в постели. Катетеризацию проводит медсестра с помощью резинового катетера. Катетеризация мочевого пузыря – интимная процедура.

Для выполнения процедуры медсестра должна знать:

- цель катетеризации;
- причины задержки мочеиспускания;
- виды катетеров;
- возможные осложнения при проведении процедуры;
- термины: цистит, уретрит, аденома, простата, перфорация, диурез;

уметь:

- подготовить пациента психологически к процедуре;
- соблюдать асептику;
- соблюдать деонтологию;
- провести уход за промежностью;
- обрабатывать выделения и предметы, использованные при выполнении процедуры.



# С Т А Н Д А Р Т

## ТЕХНИКА КАТЕТЕРИЗАЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ (У ЖЕНЩИН) АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ

1. Предупредите пациентку о проведении процедуры, разъясните цели и ход процедуры.
2. Напомните пациентке о необходимости подмывания перед процедурой. При невозможности самостоятельного подмывания, подмойте (см. стандарт "Личная гигиена").
3. Вымойте, высушите руки.
4. ПРИГОТОВЬТЕ: стерильный мягкий катетер, стерильное масло, стерильные марлевые тампоны и салфетки, стерильный пинцет, один из антисептических растворов (0,02 % раствор фурацилина, 0,1 % раствор риванола, 0,5 % перманганата калия), судно или мочеприемник, клеенку, пленку. Положите все это рядом с постелью, если процедуру проведете в палате.
5. Поставьте ширму.
6. Помогите пациентке принять удобное положение: попросите ее лечь на спину, согнуть ноги в коленях и развести их.
7. Постелите клеенку с пленкой, подставьте судно или мочеприемник.
8. Наденьте перчатки.
9. Разведите первым и вторым пальцем большие и малые половые губы, обнажив наружное отверстие мочеиспускательного канала.
10. Обработайте наружное отверстие мочеиспускательного канала тампонами, смоченными антисептическим раствором.
11. Смажьте слепой конец катетера стерильным маслом.
12. Возьмите в рабочую руку пинцетом катетер на расстоянии 3 — 5 см от слепого конца, зажмите свободный конец между 4 и 5 пальцами этой руки.



13. Обнажите наружное отверстие мочеиспускательного канала.
14. Введите катетер в мочеиспускательный канал на 3 — 5 см осторожно, медленно. Опустите наружный конец в судно (мочеприемник).
15. Извлеките катетер и погрузите его в дезинфицирующий раствор. Уберите осторожно судно (мочеприемник), клеенку, пеленку. Уберите использованные предметы, перчатки.
16. Помогите пациентке принять удобное положение, приведите в порядок постель.
17. Обработайте использованные предметы, перчатки.
18. Занесите в медицинскую документацию запись о проведенной процедуре.
19. Выясните самочувствие пациентки через 20 — 30 минут.

## **С Т А Н Д А Р Т ТЕХНИКА КАТЕТЕРИЗАЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Предупредите пациента о проведении процедуры, разъясните цели и ход процедуры.
2. Напомните пациенту о необходимости подмывания перед процедурой.
3. При невозможности самостоятельного подмывания перед процедурой — подмойте (см. стандарт "Личная гигиена").
4. Вымойте руки, высушите.
5. ПРИГОТОВЬТЕ: стерильный мягкий катетер, стерильное масло, стерильные марлевые салфетки, стерильный пинцет, один из антисептических растворов (0,02 % раствор фурацилина, 0,1 % раствор риванола, 0,5 % раствор перманганата калия или другие растворы), судно, мочеприемник, клеенку, пеленку. Положите все это рядом с постелью, если процедуру нужно провести в палате.



6. Поставьте ширму.
7. Помогите пациенту принять удобное положение: попросите его лечь на спину, согнуть ноги в коленях и развести их.
8. Постелите клеенку с пеленкой, поставьте судно или мочеприемник.
9. Наденьте перчатки.
10. Обхватите 3 — 4 пальцами нерабочей руки пенис за головку, а 1 и 2 пальцами обнажите головку, раздвинув крайнюю плоть.
11. Обработайте правой рукой головку пениса вокруг наружного отверстия мочеиспускательного канала ватным шариком, смоченным в одном из антисептических растворов. Выбросьте тампон в приготовленную емкость.
12. Смажьте катетер стерильным маслом.
13. Возьмите в рабочую руку пинцетом катетер на расстоянии 3 — 5 см от слепого конца, а наружный конец удерживайте 4 — 5 пальцами этой же руки.
14. Введите осторожно катетер в мочеиспускательный канал постепенно, продвигайте его по каналу, а пенис подтягивайте кверху, как бы натягивая его на катетер. Если при продвижении катетера возникает препятствие, успокойте пациента, посоветуйте расслабиться.
15. Опустите свободный конец катетера в мочеприемник или судно при появлении мочи.
16. Извлеките катетер после окончания выделения мочи аккуратно и осторожно. Уберите мочеприемник (судно), клеенку, пеленку. Уберите использованные предметы. Снимите перчатки.
17. Помогите пациенту принять удобное положение. Приведите в порядок постель.
18. Обработайте использованные предметы, перчатки.



19. Занесите в медицинскую документацию запись о проведенной процедуре.
20. Выясните самочувствие пациента через 20 – 25 минут.

### **ПРОМЫВАНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

Промывание мочевого пузыря производят для механического удаления гноя, мелких камней, перед введением цистоскопа.

Промывание мочевого пузыря проводит медсестра с помощью резинового катетера.

Для выполнения процедуры медсестра должна знать:

- анатомию мочевыводящих путей;
- процесс образования мочи;
- цель промывания;
- виды катетеров;
- средства для промывания мочевого пузыря;
- возможные осложнения процедуры;

уметь:

- подготовить психологически пациента, с соблюдением деонтологии;
- соблюдать асептику;
- обработать наружные половые органы перед процедурой (см. "Катетеризация мочевого пузыря");
- вводить катетер (см. "Катетеризация мочевых путей");
- обрабатывать выделения и использованные предметы;
- проводить наблюдение за пациентом;
- оказать помощь при осложнениях процедуры.

### **С Т А Н Д А Р Т ПРОМЫВАНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Предупредите пациента о проведении процедуры, разъясните цель и ход процедуры.
2. Напомните пациенту о необходимости подмывания перед процедурой. При невозможности самостоятельного подмывания – подмойте (см. стандарт "Личная гигиена").



3. Вымойте, высушите руки.
4. ПРИГОТОВЬТЕ: набор для катетеризации мочевого пузыря; шприц Жане, антисептический раствор для промывания мочевого пузыря.
5. Уложите удобно пациента.
6. Наденьте перчатки.
7. Проведите катетеризацию мочевого пузыря. Выведите мочу. Катетер не извлекайте.
8. Наберите в шприц антисептический раствор.
9. Соедините шприц со свободным концом катетера, введите антисептический раствор.
10. Разъедините шприц, выпустите раствор в судно (мочеприемник).
11. Повторяйте действия с п. 7 по п. 9 до тех пор пока промывная жидкость не будет чистой.
12. Извлеките катетер, оставив небольшое количество раствора в мочевом пузыре. После выведения катетера жидкость должна пройти по мочеиспускательному каналу.
13. Уберите использованные предметы, снимите перчатки.
14. Помогите пациенту принять удобное положение.
15. Обработайте использованные предметы, перчатки.
16. Занесите в медицинскую документацию запись о проведенной процедуре.
17. Выясните самочувствие пациента через 20–25 минут.



## ТЕМА: УЧАСТИЕ МЕДСЕСТРЫ В ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДАХ ИССЛЕДОВАНИЯ

Лабораторные методы исследования — исследования выделений больного, а именно кала, мокроты, мочи, секреты желудка и мочевого пузыря.

От правильного сбора анализов зависит диагностика заболевания.

Обязанности медсестры:

- подготовить необходимый технический инвентарь;
- объяснить больному методику сбора анализов;
- отправить анализ в соответствующую лабораторию;
- взять результаты анализов.

### МОКРОТА

Мокрота — патологическое отделение органов дыхания, выбрасывание при откашливании и отхаркивании.

Мокрота содержит возбудителей заболевания, может явиться и путем заражения другого человека.

Мокрота должна собираться в плевательницу.

Мокроту исследуют для уточнения диагноза заболевания дыхательных путей. Мокрота может быть обильной и скудной.

Мокрота может иметь запах (гнили и т.д.).

Для ухода за больным при наличии мокроты медсестра должна знать:

- виды плевательниц;
- виды дезинфицирующих средств;
- цель исследования мокроты;
- термины: дренаж, кровохарканье, легочное кровотечение;

уметь:

- проводить дренаж бронхов;
- правильно подавать плевательницу;
- обрабатывать мокроту, плевательницу;



- проводить уход за ротовой полостью;
- оказать помощь при легочном кровотечении.

## ПРОЦЕДУРА

1. Оцените состояние пациента. Успокойте его.
2. Подготовьте плевательницу (прикроватную или карманную) в зависимости от состояния пациента: на 1/3 залейте дезинфицирующим средством.
3. Осматривайте отделяемую пациентом мокроту на наличие крови.
4. Обучите пациента уходу за ротовой полостью. Проведите ополаскивание ротовой полости, если пациент не может проводить самостоятельно.
5. Заменить плевательницу по мере накопления. Обработайте загрязненную плевательницу.

## С Т А Н Д А Р Т ИССЛЕДОВАНИЕ МОКРОТЫ

1. Направление (образец см. ниже).
2. Взятие мазка из зева.
3. Взятие мазка из носа.
4. Сбор мокроты на общий анализ.
5. Сбор мокроты на АК (атипичные клетки).
6. Сбор мокроты на микрофлору.
7. Сбор мокроты на микобактерии ВК (флотация).
8. Сбор мокроты на микобактерии (одним плевком).

## ИССЛЕДОВАНИЕ МОКРОТЫ

1. Общий анализ мокроты	клиническая лаборатория
2. Анализ на ВК (туберкулез)	
а) методом плевка	
б) методом флотации	клиническая лаборатория
3. Анализ мокроты на АК (атипичные клетки)	клиническая лаборатория
4. Анализ мокроты на чувствительности к антибиотикам	бактериологическая лаборатория



## НАПРАВЛЕНИЕ

В лабораторию анализ мокроты \_\_\_\_\_

(цель исследования, Ф.И.О., возраст)

отделение \_\_\_\_\_

палата \_\_\_\_\_ дата " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 199\_\_ г.

подпись медсестры \_\_\_\_\_

### С Т А Н Д А Р Т ВЗЯТИЕ МАЗКА ИЗ ЗЕВА АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ

1. Объясните пациенту цель и ход манипуляции.
2. Вымойте, высушите руки.
3. ПРИГОТОВЬТЕ: стерильный шпатель, стерильную пробирку с тампоном в крафт-пакете из бактериологической лаборатории, направление.
4. Усадите пациента к источнику света.
5. Наденьте перчатки.
6. Возьмите в левую руку шпатель и стерильную пробирку.
7. Попросите больного открыть рот и надавите шпателем на корень языка.
8. Правой рукой извлеките из пробирки тампон и проведите тампоном по миндалинам, дужкам и задней стенке глотки (не касаясь слизистой оболочки рта).
9. Осторожно, не касаясь наружной поверхности пробирки введите тампон в пробирку.
10. Снимите перчатки (обработайте по пр. 408).
11. Прикрепите направление к пробирке, отнесите в бактериологическую лабораторию.
12. Заберите результат через 7 – 10 дней.
13. Подклейте результат исследования в историю болезни.



## ОБРАЗЕЦ НАПРАВЛЕНИЯ:

Мазок из зева на микрофлору \_\_\_\_\_

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

возраст \_\_\_\_\_

отделение \_\_\_\_\_

палата \_\_\_\_\_ дата " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 199\_\_ г.

подпись медсестры \_\_\_\_\_

**ОБРАБОТКА:** замочите шпатель и перчатки в 3 % растворе хлорной извести на 60 минут или прокипятите в дистиллированной воде в течение 30 минут, затем проведите предстерилизационную очистку и стерилизацию.

## С Т А Н Д А Р Т ВЗЯТИЕ МАЗКА ИЗ НОСА АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ

1. Объясните пациенту цель и ход манипуляции.
2. Вымойте руки, высушите.
3. ПРИГОТОВЬТЕ: стерильные пробирки со стержнем из бактериологической лаборатории, направление.
4. Усадите пациента лицом к источнику света, голова пациента должна быть слегка запрокинута назад.
5. Наденьте перчатки.
6. Возьмите в левую руку пробирку, 1 пальцем левой руки слегка приподнимите кончик носа.
7. Извлеките правой рукой стержень с тампоном из пробирки и легкими вращательными движениями введите тампон в нижний носовой ход с левой стороны.
8. Введите тампон осторожно, не касаясь наружной поверхности пробирки. Промаркируйте пробирку "Л".
9. Возьмите в левую руку 2-ю пробирку, 1 пальцем левой руки слегка приподнимите кончик носа.



10. Извлеките правой рукой стержень с тампоном из пробирки и легким вращательным движением введите в правый носовой ход.
11. Введите тампон осторожно, не касаясь наружной поверхности пробирки и промаркируйте пробирку буквой "П".
12. Снимите перчатки, обработайте по пр. 408.
13. Прикрепите направление и отправьте материал в бактериологическую лабораторию.
14. Возьмите результат через 7 – 10 дней.
15. Подклейте результат исследования в историю болезни.

### **ОБРАЗЕЦ НАПРАВЛЕНИЯ:**

В бактериологическую лабораторию  
мазок из носа на микрофлору (П – правая, Л – левая),  
Ф.И.О., возраст пациента,  
отделение, палата, дата и подпись медсестры.

## **С Т А Н Д А Р Т ВЗЯТИЕ МОКРОТЫ ДЛЯ ОБЩЕГО АНАЛИЗА АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Вымойте руки, высушите.
2. ПРИГОТОВЬТЕ: чистый стеклянный флакон с широким горлом, с пробкой, растворы для полоскания рта (раствор фурацилина 1:5000 или 2 % раствор гидрокарбоната натрия или 0,1 % раствор перманганата калия), направление.
3. Объясните пациенту цель и ход манипуляции.
4. Наденьте перчатки.
5. Предложите пациенту ополоснуть рот одним из приготовленных антисептических средств.
6. Проведите пациенту дренаж бронхов для лучшего отхождения мокроты.
7. Попросите пациента откашляться и сплюнуть мокроту во флакон, не задевая краев.



8. Закройте флакон пробкой.
9. Снимите перчатки, обработайте по пр. 408.
10. Прикрепите направление к флакону.
11. Отнесите флакон в клиническую лабораторию
12. Возьмите результаты исследования в тот же день или на следующий день утром.
13. Подклейте результат анализа в историю болезни.

### ОБРАЗЕЦ НАПРАВЛЕНИЯ:

В клиническую лабораторию \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ общий анализ мокроты

отделение \_\_\_\_\_

Ф.И.О., \_\_\_\_\_

возраст \_\_\_\_\_

дата " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 199 \_\_\_\_\_ г.

подпись медсестры \_\_\_\_\_

**ПРИМЕЧАНИЕ:** сбор мокроты на анализы осуществляется утром до еды. Дренаж бронхов проводится следующим образом. Опустите головной и поднимите ножной конец кровати, уложите пациента на живот, проведите легкое поколачивание по спине.

## С Т А Н Д А Р Т ВЗЯТИЕ МОКРОТЫ НА АК (АТИПИЧНЫЕ КЛЕТКИ) АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ

1. Вымойте руки, высушите.
2. ПРИГОТОВЬТЕ: чистый флакон с широким горлом с пробкой, антисептические средства (2 % раствор пищевой соды или 0,1 % раствор перманганата калия или раствор фурацилина 1:5000.



3. Объясните пациенту цель и ход манипуляции.
4. Наденьте перчатки.
5. Предложите пациенту прополоскать рот одним из приготовленных растворов.
6. Проведите пациенту дренаж бронхов.
7. Попросите пациента откашлять мокроту и сплюнуть в приготовленный флакон.
8. Снимите перчатки и обработайте по пр. 408.
9. Укрепите направление на флаконе.
10. Отнесите флакон с мокротой в теплом виде в клиническую лабораторию.
11. Возьмите результат исследования в тот же день или на следующий день утром.
12. Подклейте результат исследования в историю болезни.

### ОБРАЗЕЦ НАПРАВЛЕНИЯ:

в клиническую лабораторию \_\_\_\_\_

анализ мокроты на АК \_\_\_\_\_

отделение \_\_\_\_\_

палата \_\_\_\_\_

Ф.И.О., \_\_\_\_\_

возраст пациента \_\_\_\_\_

дата " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 199 \_\_\_\_\_ г.

подпись медсестры \_\_\_\_\_

**ПРИМЕЧАНИЕ:** сбор мокроты на анализ проводится утром до еды.

## С Т А Н Д А Р Т ВЗЯТИЕ МОКРОТЫ НА МИКРОФЛОРУ И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ

1. Вымойте руки, высушите.
2. ПРИГОТОВЬТЕ: стерильный флакон (возьмите его в бактериологической лаборатории), антисептические



- средства (раствор фурацилина 1:5000 или 2 %, 1 % раствор перманганата калия или 2 % раствор гидрокарбоната натрия, спиртовку, спички, направление.
3. Объясните пациенту цель и ход манипуляции.
  4. Наденьте перчатки.
  5. Предложите пациенту ополоснуть ротовую полость одним из растворов.
  6. Проведите пациенту дренаж бронхов.
  7. Возьмите одной рукой стерильный флакон, а другой откройте пробку.
  8. Попросите больного сплюнуть мокроту, не касаясь губами краев флакона.
  9. Обожгите края флакона и пробку над пламенем спиртовки.
  10. Закройте флакон пробкой.
  11. Прикрепите направление на флаконе.
  12. Отнесите флакон в бактериологическую лабораторию.
  13. Возьмите результат исследования через 7 — 10 дней.
  14. Подклейте анализ мокроты в историю болезни.

### ОБРАЗЕЦ НАПРАВЛЕНИЯ:

Анализ мокроты на микрофлору и чувствительность к антибиотикам \_\_\_\_\_

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_

возраст \_\_\_\_\_

дата " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 199 \_\_\_\_\_ г.

отделение \_\_\_\_\_

подпись медсестры \_\_\_\_\_

**ПРИМЕЧАНИЕ:** мокрота собирается утром до еды. Для дренажа бронхов необходимо опустить голову и приподнять ножной конец, уложить пациента на живот и слегка поколачивать спину по направлению к голове.



**С Т А Н Д А Р Т**  
**ВЗЯТИЕ МОКРОТЫ НА МИКОБАКТЕРИИ**  
**ТУБЕРКУЛЕЗА (БК)**

(методом флотации-накопления)

**АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Вымойте руки, высушите.
2. ПРИГОТОВЬТЕ: чистую сухую карманную плевательницу или флакон с широким горлом и пробкой, антисептические средства (2 % раствор гидрокарбоната натрия или раствор фурацилина 1:5000 или 0,1 % раствор перманганата калия), направление.
3. Объясните пациенту цель и ход манипуляции.
4. Предложите пациенту прополоснуть рот одним из антисептических растворов.
5. Предложите пациенту сделать плевков во флакон, не задевая краев.
6. Предложите пациенту собирать мокроту в течение суток или 3 — х, если ее мало.
7. Объясните пациенту, что хранить плевательницу необходимо в темном, прохладном месте.
8. Прикрепите направление к флакону.
9. Отнесите флакон с мокротой в клиническую лабора — торию.
10. Запишите результат исследования в тот же день или на другое утро.
11. Подклейте результат анализа в историю болезни.

**ОБРАЗЕЦ НАПРАВЛЕНИЯ:**

в клиническую лабораторию, анализ мокроты на БК (мето — дом флотации) \_\_\_\_\_

отделение \_\_\_\_\_ № палаты \_\_\_\_\_,

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_,

возраст \_\_\_\_\_ дата " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 199 \_\_\_\_\_ г.

подпись медсестры. \_\_\_\_\_



# С Т А Н Д А Р Т ВЗЯТИЕ МОКРОТЫ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ НА МИКОБАКТЕРИИ ТУБЕРКУЛЕЗА

(одним плевком)

## АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ

1. Вымойте руки, высушите.
2. ПРИГОТОВЬТЕ: стеклянный флакон с широким горлом с пробкой или карманную плевательницу, антисептические средства (раствор гидрокарбоната натрия 2 %, раствор фурацилина 1:5000, раствор перманганата калия 0,1 %), направление.
3. Объясните пациенту цель и ход манипуляции.
4. Наденьте перчатки.
5. Предложите пациенту прополоснуть рот одним из приготовленных растворов.
6. Проведите пациенту дренаж бронхов.
7. Попросите пациента откашлять и сплюнуть во флакон, не задевая краев флакона.
8. Закройте флакон пробкой.
9. Снимите перчатки, обработайте по пр. 408.
10. Прикрепите направление к флакону.
11. Отнесите флакон в клиническую лабораторию или лабораторию туберкулезного диспансера.
12. Возьмите результат исследования в тот же день или на следующий день утром.
13. Подклейте результат в историю болезни.

### ОБРАЗЕЦ НАПРАВЛЕНИЯ:

в клиническую лабораторию \_\_\_\_\_

анализ мокроты на ВК (методом плевка) \_\_\_\_\_

Ф.И.О., \_\_\_\_\_

возраст пациента \_\_\_\_\_

№ палаты \_\_\_\_\_, отделение \_\_\_\_\_

Дата " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 199 \_\_\_\_\_ г.

подпись медсестры \_\_\_\_\_



**ПРИМЕЧАНИЕ:** сбор мочи на анализ осуществлять утром до еды.

## **С Т А Н Д А Р Т ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧИ**

1. Образец направления.
2. Основные нормативные показатели анализов мочи.
3. Исследования мочи:
  - сбор мочи на общий анализ;
  - исследование мочи на сахар;
  - исследование мочи по Нечипоренко;
  - исследование мочи по Амбурже;
  - сбор мочи для исследования по Адисс – Каковскому.
  - сбор мочи для исследования по Зимницкому.
  - сбор мочи на диастазу.
  - сбор мочи на 17 – кетостероиды.

### **МОЧА**

Моча – жидкий продукт, вырабатываемый почками.

Моча содержит конечные продукты азотистого, углеводного и липидного обменов.

С мочой выводятся лекарственные и ядовитые вещества, соли.

Состав мочи отражает даже небольшие сдвиги в химизме крови. Состав и количество мочи отражают даже небольшие изменения в организме.

Мочу на исследование пациент может собирать самостоятельно, после инструктажа медсестры.

Сбор мочи на исследование у тяжелобольных проводит медсестра.

Для сбора мочи медсестра должна знать:

- цели исследования мочи;
- анатомо – физиологические особенности мочевыводящих путей (у женщин, мужчин);
- функции медсестры в лабораторных исследованиях;
- термины: протеинурия, ацетонурия, глюкозурия, мочевого осадок, дизурия;

уметь:

- провести уход за промежностью;



- подать судно;
- работать с медицинской документацией

## ИССЛЕДОВАНИЯ МОЧИ

- |                                                                       |                                   |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Общий анализ мочи                                                  | клиническая лаборатория           |
| 2. Анализ по Зимницкому                                               | клиническая лаборатория           |
| 3. Анализ на сахар                                                    | биохимическая лаборатория         |
| 4. Посев мочи на стерильность<br>и чувствительность<br>к антибиотикам | бактериологическая<br>лаборатория |
| 5. Анализ мочи на диастазу                                            | клиническая лаборатория           |
| 6. Количественные методы                                              | клиническая лаборатория           |
| а) по Амбурже;                                                        |                                   |
| б) по Адисс — Каковскому                                              |                                   |
| в) по Нечипоренко                                                     |                                   |

## ОБРАЗЕЦ НАПРАВЛЕНИЯ

В \_\_\_\_\_ лабораторию  
анализ мочи (цель исследования)

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ возраст пациента,

\_\_\_\_\_ отделение,

№ палаты \_\_\_\_\_, Дата, " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 19\_\_ г.

\_\_\_\_\_ подпись медсестры.

## ОСНОВНЫЕ НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ МОЧИ ФИЗИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА

- |                         |                      |
|-------------------------|----------------------|
| Количество мочи в сутки | — 800 — 1500 мл      |
| Относительная плотность | — 1005 — 1026        |
| В утренней порции       | — 1020 — 1026 и выше |
| Цвет                    | — соломенно — желтый |
| Прозрачность            | — прозрачная         |

## ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ

- |         |                            |
|---------|----------------------------|
| Реакция | — нейтральная, слабокислая |
| Белок   | — отсутствует              |



Сахар	— отсутствует
Ацетон	— отсутствует
Кетоновые тела	— отсутствуют
Билирубин	— отсутствует

### ОСАДОК МОЧИ

Эпителиальные клетки	— 0—3 в поле зрения
Лейкоциты	— 1—2 в поле зрения
Эритроциты	— отсутствуют
Цилиндры	— отсутствуют
Слизь	— отсутствует
Бактерии	— 10000—50000 МГ в 1 мл мочи
Неорганический осадок	
при кислй реакции	— мочеваа кислота, ураты, оксалаты
при щелочной реакции	— фосфаты, мочекислый аммоний, трипельфосфаты.

## С Т А Н Д А Р Т СБОР МОЧИ НА ОБЩИЙ АНАЛИЗ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ

1. Объясните пациенту цель исследования, ход манипуляции.
2. Вымойте руки, высушите.
3. ПРИГОТОВЬТЕ: чистый флакон с широким горлом (емкостью не менее 100 мл), судно, перчатки, набор для подмывания пациента, ватно—марлевый тампон, направление.
4. Наденьте перчатки.
5. Подмойте пациента.
6. Подайте чистое сухое судно.
7. Попросите пациента выпустить мочу в судно.
8. В приготовленный флакон отлейте 100 — 150 мл мочи.
9. Прикрепите направление к флакону.
10. Снимите перчатки, обработайте по пр. 408.
11. Отнесите анализ в клиническую лабораторию.
12. Заберите результат в тот же день или на следующее утро.
13. Подклейте анализ в историю болезни.



## ОБРАЗЕЦ НАПРАВЛЕНИЯ:

в клиническую лабораторию \_\_\_\_\_

моча на общий анализ

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ возраст пациента,

\_\_\_\_\_ отделение,

№ палаты \_\_\_\_\_, дата, " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 19\_\_ г.

\_\_\_\_\_ подпись медсестры.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** при выделениях из влагалища у женщин после подмывания введите ватно-марлевый тампон во влагалище.

**ДЕЗИНФЕКЦИЯ:** судно погрузите в 3 % раствор хлорной извести на 60 минут. Смывные воды засыпьте сухой хлорной известью 200 грамм на 1 л, экспозиция 60 минут.

## С Т А Н Д А Р Т ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧИ НА САХАР АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ

1. Объясните пациенту ход процедуры.
2. Вымойте руки, высушите.
3. ПРИГОТОВЬТЕ: горшок или судно, емкость для суточного сбора мочи, чистый сухой флакон (не менее 100 мл), направление, набор для подмывания.
4. Наклейте этикетку на приготовленную емкость для сбора мочи в течение суток (суточный диурез) по образцу:

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ возраст пациента,

\_\_\_\_\_ отделение,

№ палаты \_\_\_\_\_, дата, " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 19\_\_ г.



5. Попросите пациента в 6 часов утра опорожнить мочевого пузыря в унитаз (эта моча не собирается).
6. Последующие порции мочи собирайте в приготовленную емкость в течение суток (до 6 часов утра следующего дня).
7. Измерьте общее количество мочи утром следующего дня.
8. Размешайте тщательно всю мочу и налейте в приготовленный флакон 100 мл мочи.
9. Прикрепите направление к флакону.
10. Результат возьмите в тот же день или на следующее утро.
11. Подклейте результат в историю болезни.

### ОБРАЗЕЦ НАПРАВЛЕНИЯ:

в биохимическую лабораторию \_\_\_\_\_ моча на сахар

(суточный диурез, количество в мл)

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

возраст пациента,

отделение,

№ палаты \_\_\_\_\_, дата, " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 19\_\_ г.

\_\_\_\_\_ подпись медсестры.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** перед сбором мочи надевайте перчатки и подмывайте пациента. Обработайте перчатки по пр. 408.

## С Т А Н Д А Р Т ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧИ ПО МЕТОДУ НЕЧИПОРЕНКО АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ

1. Объясните пациенту ход процедуры.
2. Вымойте руки, высушите.
3. Наденьте перчатки.
4. **ПРИГОТОВЬТЕ:** чистый сухой флакон или пробирку, набор для подмывания.



5. Подмойте тщательно пациента, не убирайте судно.
6. Возьмите левой рукой флакон, а правой откройте пробирку.
7. Попросите пациента начать мочеиспускание.
8. Подставьте флакон под струю мочи (первую порцию не собирайте).
9. Соберите 10 мл мочи (среднюю струю), оставшуюся мочу пациент выпускает в судно.
10. Прикрепите направление к флакону (пробирке).
11. Снимите перчатки, обработайте по пр.408.
12. Отнесите флакон в клиническую лабораторию.
13. Возьмите результат исследования в тот же день или на следующее утро.
14. Подклейте результат анализа в историю болезни.

### ОБРАЗЕЦ НАПРАВЛЕНИЯ:

в клиническую лабораторию \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

анализ мочи по методу Нечипоренко

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

возраст пациента,

\_\_\_\_\_

отделение,

№ палаты \_\_\_\_\_, дата, " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 19\_\_ г.

\_\_\_\_\_ подпись медсестры.

**ДЕЗИНФЕКЦИЯ:** смывные воды, мочу засыпьте сухой хлорной известью из расчета 200 г на 1 л. Экспозиция 60 минут. Судно, тампоны погрузите в 3 % раствор хлорной извести на 60 минут.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** при выделениях из влагалища после подмывания введите ватно — марлевый тампон во влагалище.



**С Т А Н Д А Р Т**  
**ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧИ ПО МЕТОДУ**  
**АДИСС-КАКОВСКОГО**  
**АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Объясните пациенту последовательность действий при данном исследовании мочи.
2. Вымойте, высушите руки.
3. **ПРИГОТОВЬТЕ:** чистую емкость для сбора мочи (затемненную), консервант (несколько кристаллов тимола или кристаллы формальдегида или хлороформ) из клинической лаборатории, направление, набор для подмывания.
4. Предложите пациенту опорожнить пузырь через 22 часа и предупредите, чтобы он не мочился до 8 часов утра следующего дня.
5. Подмойте пациента в 8 часов утра и соберите мочу в чистое судно, перелейте в подготовленную емкость.
6. Прикрепите направление к флакону.
7. Снимите перчатки, обработайте по пр. 408.
8. Отнесите материал в клиническую лабораторию. Возьмите результат в тот же день или на следующее утро.
9. Подклейте результат в историю болезни.

**ОБРАЗЕЦ НАПРАВЛЕНИЯ:**

в клиническую лабораторию \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ анализ мочи для исследования по методу Адисс – Каковского,

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ возраст пациента,

\_\_\_\_\_ отделение,

№ палаты \_\_\_\_\_, дата, " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 19\_\_ г.

\_\_\_\_\_ подпись медсестры.



**ПРИМЕЧАНИЕ:** а) если у пациента недержание мочи, собирайте мочу с 22 до 8 часов утра в приготовленную емкость, добавив консервант;

б) если у женщины выделения из влагалища, необходимо ввести стерильный тампон перед сбором мочи.

## С Т А Н Д А Р Т ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧИ ПО МЕТОДУ АМБУРЖЕ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ

1. Объясните пациенту последовательность действий.
2. Вымойте руки, высушите.
3. **ПРИГОТОВЬТЕ:** чистую сухую емкость, стерильный ватно-марлевый тампон, направление, набор для подмывания больного.
4. Попросите пациента утром в 6 часов опорожнить мочевого пузыря.
5. Подмойте пациента через 3 часа в 9 часов.
6. Попросите опорожнить мочевого пузыря в приготовленное судно.
7. Перелейте в приготовленную емкость всю порцию (3-х часовую).
8. Прикрепите направление к флакону.
9. Снимите перчатки (обработайте по пр. 408).
10. Отнесите материал в клиническую лабораторию.
11. Получите результат в тот же день или на следующее утро.
12. Подклейте в историю болезни.

### ОБРАЗЕЦ НАПРАВЛЕНИЯ:

в клиническую лабораторию \_\_\_\_\_

моча по методу Амбурже,

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

возраст пациента,

отделение,

№ палаты \_\_\_\_\_, дата, " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 19\_\_ г.

\_\_\_\_\_ подпись медсестры.



**ДЕЗИНФЕКЦИЯ:** моча, смывные воды засыпаются сухой хлорной известью (200 г на 1 л) на 60 минут. Тампон, судно погрузите в 3 % раствор хлорной извести на 60 минут.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** если у женщины выделения из влагалища, необходимо ввести стерильный тампон во влагалище перед сбором мочи.

## **С Т А Н Д А Р Т**

### **ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧИ ПО ЗИМНИЦКОМУ**

Исследуют плотность мочи, дневной, ночной диурез, суточный диурез.

Для выполнения процедуры медсестра должна знать:

- термины: никтурия, анурия, олигурия, полиурия;
- метод количественного определения лейкоцитов, эритроцитов, цилиндров в моче;
- исследование мочи по методу Нечипоренко;
- исследование мочи по Амбурже;
- исследование мочи по Адисс — Каковскому.
- термины: лейкоцитурия, эритроцитурия, цилиндрурия.

### **АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Разъясните пациенту последовательность действий при данном исследовании мочи.
2. Вымойте руки, высушите.
3. **ПРИГОТОВЬТЕ:** 8 чистых сухих флаконов, на каждом наклейте направление, дополнительные флаконы, набор для подмывания пациента.
4. Попросите пациента в 6 часов утра опорожнить мочевого пузырь (эта моча не собирается).
5. В 9 часов утра напомните больному, чтобы он собрал мочу во флакон № 1, если мочи много, дайте дополнительный флакон и напишите: дополнительно к порции № 1.
6. С 9 до 12 часов напоминайте пациенту собирать мочу во флакон № 2, далее собирать мочу каждые 3 часа в приготовленный пронумерованный флакон.
7. Проследите, чтобы пациент заполнил все 8 флаконов до 6 часов утра следующего дня.



8. Отнесите в клиническую лабораторию все флаконы (дополнительные тоже).
9. Получите результат в тот же день или на следующее утро.
10. Подклейте в историю болезни.

### ОБРАЗЕЦ НАПРАВЛЕНИЯ:

в клиническую лабораторию \_\_\_\_\_

моча по Зимницкому, порция 1,2 и т.д.

время 6 – 9, 9 – 12, 12 – 15 и т.д.

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

возраст пациента,

отделение,

№ палаты \_\_\_\_\_, дата, " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 19\_\_ г.

\_\_\_\_\_ подпись медсестры

**ПРИМЕЧАНИЕ:** а) при работе с тяжелобольными перед каждым сбором мочи надевайте перчатки. Затем обработайте их по пр. 408;

б) перед каждым сбором мочи пациента нужно подмыть;

в) при отсутствии мочи в одной из порций флакон этой порции отправляется в лабораторию.

## С Т А Н Д А Р Т СБОР МОЧИ НА ДИАСТАЗУ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ

1. Разъясните пациенту последовательность действий при данном исследовании мочи.
2. Вымойте руки, высушите.
3. ПРИГОТОВЬТЕ: чистый сухой флакон с широким горлом, набор для подмывания, направление, судно.
4. Наденьте перчатки, подмойте пациента.
5. Судно не убирайте, подставьте флакон под струю мочи.



6. Снимите перчатки, обработайте по пр. 408.
7. Отнесите в биохимическую лабораторию свежесобранную мочу с направлением.
8. Возьмите результат в тот же день или на следующее утро.
9. Подклейте результат в историю болезни.

### ОБРАЗЕЦ НАПРАВЛЕНИЯ:

в биохимическую лабораторию \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ анализ мочи на диастазу,

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ возраст пациента,

\_\_\_\_\_ отделение,

№ палаты \_\_\_\_\_, дата, " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 19\_\_ г.

\_\_\_\_\_ подпись медсестры.

**ДЕЗИНФЕКЦИЯ:** судно погрузите в 3 % раствор хлорной извести на 60 минут, смывные воды засыпать сухой хлорной известью 200 г на 1 л воды, экспозиция 60 минут.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** при выделениях из влагалища после подмывания введите ватно — марлевый тампон во влагалище.

## С Т А Н Д А Р Т СБОР МОЧИ НА 17-КЕТОСТЕРОИДЫ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ

1. Разъясните пациенту последовательность действия при данном исследовании.
2. Вымойте руки, высушите.
3. ПРИГОТОВЬТЕ: емкость для суточного диуреза, набор для подмывания пациента, направление.
4. Предложите пациенту в 6 часов утра помочиться (эта порция не собирается) и подмойте пациента.
5. Все последующие порции мочи до 6 часов утра следующего дня собирается в приготовленную емкость.
6. Отнесите емкость с суточным диурезом в гормональную лабораторию.



7. Заберите результаты на следующий день. Приклейте анализ в историю болезни.

### ОБРАЗЕЦ НАПРАВЛЕНИЯ:

в гормональную лабораторию \_\_\_\_\_

суточная моча на 17-кетостероиды,

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

возраст пациента,

отделение,

№ палаты \_\_\_\_\_, дата, " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 19\_\_ г.

\_\_\_\_\_ подпись медсестры.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** при выделениях из влагалища у женщин после подмывания введите ватно-марлевый тампон во влагалище.

### КАЛ

(синонимы: фекалии, испражнения, конкременты)

Кал — содержимое толстой кишки, выделяемое при дефекации.

Кал состоит из остатков пищи, из отделяемого органов пищеварения, микробов.

Кал исследуют при заболевании пищеварительной системы.

Кал исследуют на наличие паразитов, инфекции.

Кал на исследование собирает пациент самостоятельно после инструктажа медсестры.

Сбор кала тяжелобольным на исследование проводит медсестра.

Сбор кала на исследование — интимная процедура.

Для выполнения процедуры медсестра должна знать:

— анатомо — физиологические особенности желудочно-кишечного тракта;

### КАЛ НА КОПРОЛОГИЮ

Это микро — и макроскопические исследования кала.

При макроскопическом исследовании определяют количество, консистенцию, форму, цвет, запах кала, патологические примеси.



Микроскопические исследования выявляют остатки непереваренной пищи, клетки, слизь, простейших и яйца гельминтов.

### КАЛ НА СКРЫТУЮ КРОВЬ

При кровотечении в более высоко расположенных органах эритроциты разрушаются. При исследовании определяются остатки эритроцитов, разрушенных в кале при кровотечении из высоких отделов кишечника.

## С Т А Н Д А Р Т Ы ИССЛЕДОВАНИЕ КАЛА

1. Образец направления.
2. Нормальные показатели исследования кала.
3. Сбор кала на копрологию.
4. Сбор кала для обнаружения яиц глистов.
5. Сбор кала на микрофлору и чувствительность к антибиотикам.
6. Сбор кала для бактериологического исследования.
7. Сбор кала на скрытую кровь.

### ИССЛЕДОВАНИЯ КАЛА

Цель исследования	Лаборатория
Общий анализ кала (копрология)	Клиническая лаборатория
Анализ кала на яйца глистов (я/глист)	Клиническая лаборатория
Анализ кала на кишечную группу	Бактериологическая лаборатория
Анализ кала на микрофлору и чувствительность к антибиотикам	Бактериологическая лаборатория
Анализ кала на скрытую кровь (реакция Грегерсена)	Биохимическая лаборатория



# ОБРАЗЕЦ НАПРАВЛЕНИЯ

В \_\_\_\_\_ лабораторию

Анализ кала (цель исследования)

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

возраст пациента,

отделение,

№ палаты \_\_\_\_\_, дата, " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 19\_\_ г.

\_\_\_\_\_ подпись медсестры.

## ОСНОВНЫЕ НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЛА

Количество за сутки	100 – 250
Консистенция	оформленный
Форма	цилиндрический
Цвет	коричневый
Реакция	нейтральная или слабощелочная
Слизь, кровь	отсутствуют

## МИКРОСКОПИЯ КАЛА

Мышечные волокна	отсутствуют или встречаются переваренные, потерявшие поперечную исчерченность
Соединительная ткань	отсутствует или содержатся отдельные 0 волокна
Нейтральный жир	отсутствует или содержится в небольшом количестве
Жирные кислоты и мыла	небольшое количество
Растительная клетчатка: перевариваемая	единичные клетки или клеточные группы
неперевариваемая	содержится в разных количествах
Крахмал	отсутствует
Слизь, эпителий, эритроциты	отсутствует
Лейкоциты	единичные



# С Т А Н Д А Р Т СБОР КАЛА ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

(на дизентерийную группу)

## АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ

1. Вымойте руки, высушите.
2. ПРИГОТОВЬТЕ: стерильную пробирку с консервантом и проволочной петлей из бактериологической лабора — тории, судно (горшок), спиртовку, спички, направление, набор для подмывания.
3. Наденьте перчатки, подмойте пациента, предложите опорожнить мочевой пузырь, уберите судно.
4. Соберите кал в чистое судно (горшок), осмотрите внешний вид каловых масс.
5. Зажгите спиртовку.
6. Достаньте из пробирки проволочную петлю (проволоку с ватным тампоном и наберите кал).
7. Обожгите края пробирки над пламенем спиртовки.
8. Опустите проволочную петлю в пробирку с консервантом, не касаясь краев.
9. Прикрепите направление к пробирке.
10. Отправьте пробирку в бактериологическую лабораторию.
11. Результат исследования заберите через 7 — 10 дней.
12. Подклейте анализ в историю болезни.

### ОБРАЗЕЦ НАПРАВЛЕНИЯ:

в бактериологическую лабораторию \_\_\_\_\_

анализ кала на дизентерийную группу

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

возраст пациента, \_\_\_\_\_

отделение, \_\_\_\_\_

№ палаты \_\_\_\_\_, дата, " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 19\_\_ г.

\_\_\_\_\_ подпись медсестры.



**ДЕЗИНФЕКЦИЯ:** оставшиеся каловые массы засыпьте сухой хлорной известью 200 г на 60 минут. Судно, горшок замочите в 3 % растворе хлорной извести на 60 минут, затем ополосните под проточной водой.

## С Т А Н Д А Р Т СБОР КАЛА НА МИКРОФЛОРУ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБИОТИКАМ

(комплексное исследование)

### АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ

1. Вымойте руки, высушите.
2. **ПРИГОТОВЬТЕ:** стерильную пробирку из бактериологической лаборатории, судно, направление, спички, набор для подмывания.
3. Наденьте перчатки, подмойте пациента, опорожните мочевой пузырь, уберите судно.
4. Соберите кал в чистое судно.
5. Зажгите спиртовку.
6. Возьмите в одну руку пробирку, в другую возьмите стержень и коснитесь им кала.
7. Обожгите края пробирки над спиртовкой и введите в пробирку стержень.
8. Прикрепите направление и отнесите в бактериологическую лабораторию.
9. Подклейте в историю болезни.

### ОБРАЗЕЦ НАПРАВЛЕНИЯ:

в бактериологическую лабораторию \_\_\_\_\_

кал на микрофлору и чувствительность к антибиотикам (на дисбактериоз)

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ возраст пациента,

\_\_\_\_\_ отделение,

№ палаты \_\_\_\_\_, Дата, " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 19\_\_ г.

\_\_\_\_\_ подпись медсестры.



**ДЕЗИНФЕКЦИЯ:** оставшиеся каловые массы засыпаются сухой хлорной известью 200 г на кг на 60 минут, затем сливаются. Судно, горшок замачиваются в 3 % растворе хлорной извести на 1 час, затем ополаскиваются под проточной водой.

## **С Т А Н Д А Р Т**

### **ИССЛЕДОВАНИЕ КАЛА НА КОПРОЛОГИЮ**

### **АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Вымойте руки, высушите.
2. **ПРИГОТОВЬТЕ:** стеклянный флакон с широким горлом, шпатель или ложку для жидких каловых масс, судно или горшок, направление.
3. Объясните пациенту цель и ход манипуляции.
4. Наденьте перчатки, подмойте пациента, предложите опорожнить мочевой пузырь, уберите судно.
5. Подайте чистое судно, соберите кал в судно (горшок). Осмотрите внешний вид каловых масс.
6. Возьмите шпателем или ложкой каловые массы из разных мест 30 – 40 г.
7. Снимите перчатки.
8. Прикрепите направление к флакону.
9. Доставьте флакон в клиническую лабораторию.
10. Возьмите результат в тот же день или на следующий день утром.
11. Результат исследования подклейте в историю болезни.

#### **ОБРАЗЕЦ НАПРАВЛЕНИЯ:**

в клиническую лабораторию \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

анализ кала на копрологию (общий анализ)

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

возраст пациента,

\_\_\_\_\_

отделение,

№ палаты \_\_\_\_\_, дата, " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 19\_\_ г.

\_\_\_\_\_ подпись медсестры.



**ДЕЗИНФЕКЦИЯ:** оставшиеся каловые массы засыпаются хлорной известью 200 г на кг. Если влаги мало, добавляется вода в соотношении 1:4. Шпатель, ложка, судно замачиваются в 3 % растворе хлорамина на 60 минут, затем промываются под проточной водой.

## С Т А Н Д А Р Т СБОР КАЛА НА СКРЫТУЮ КРОВЬ

(на реакцию Грегерсена)

### АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ

Подготовьте пациента в течение 3 — х дней. Исключается:

- а) из пищи продукты, содержащие железо, мясо, рыбу, яблоки, печень, икру, гранаты, каши, зеленые овощи;
- б) лекарственные препараты, содержащие железо;
- в) запретите больному чистить зубы, предложите полоскать рот 2 % раствором бикарбоната натрия.

1. Вымойте руки, высушите.
2. **ПРИГОТОВЬТЕ:** стеклянный флакон с широким горлом, шпатель или ложку для жидких каловых масс, судно или горшок, направление, набор для подмывания.
3. Наденьте перчатки, подмойте пациента, предложите опорожнить мочевой пузырь, уберите судно.
4. Соберите кал в судно (горшок), осмотрите на наличие примеси свежей крови.

*Внимание! При наличии свежей крови — сообщите врачу.*

5. Перемешайте, если нет примеси свежей крови.
6. Возьмите из этой массы 30 — 40 г кала, поместите в приготовленный стеклянный флакон.
7. Снимите перчатки.
8. Прикрепите направление к флакону.
9. Отнесите материал в биохимическую лабораторию.
10. Возьмите результат в тот же день или на следующее утро.
11. Подклейте анализ в историю болезни.



## ОБРАЗЕЦ НАПРАВЛЕНИЯ:

в биохимическую лабораторию \_\_\_\_\_

анализ кала на скрытую кровь

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

возраст пациента, \_\_\_\_\_

отделение, \_\_\_\_\_

№ палаты \_\_\_\_\_, дата, " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 19\_\_ г.

\_\_\_\_\_ подпись медсестры.

### ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ

Показания:

1. Язвенная болезнь желудка.
2. Хронический гастрит
  - а) с повышенной кислотностью;
  - б) с пониженной кислотностью;
  - в) с нормальной кислотностью.

#### МЕТОДЫ

##### Зондовые

1. Метод Лепорского
2. Метод Новикова — Мясоедова.
3. Метод по Кею (гистаминовый).

##### Беззондовые

1. Метод "Ацидотест"
2. Рн-метрия
3. Метод десмондных проб.

### СТИМУЛЯТОРЫ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ

#### Парентеральные

1. Гистамина дихлорид  
0,1 %
2. Пентагастрин 0,025 %
3. Инсулин

#### Энтеральные

- Капустный отвар
- Мясной бульон
- Хлебный завтрак



# С Т А Н Д А Р Т

## ФРАКЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ

### АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ

1. Вымойте руки, высушите.
  2. ПРИГОТОВЬТЕ: стерильный, тонкий желудочный зонд, пинцет, почкообразный лоток, шприц 20 мл, полотенце или салфетку, направление. По методу Лепорского: штатив с 7 пробирками, 200 мл капустного отвара. По методу Новикова — Мясоедова: штатив с 11 пробирками, 200 мл мясного бульона. По методу Кея: штатив с 9 пробирками, пентагастрин 0,025 % в ампулах или гистамина дихлорид 0,1 % в ампулах, шприц 2,0 мл, иглу для подкожной инъекции, спирт 70 %, стерильные шарики. Емкости для дезинфекции, дезинфицирующие средства.
  3. Правильно усадите пациента: он должен плотно прислониться к высокой спинке стула и слегка наклонить голову вперед.
  4. Расстегните тугой ворот рубашки, тугие ремни, бюстгалтер, тугие корсеты.
  5. Предложите пациенту снять съемные зубные протезы.
  6. Дайте ему в руки полотенце для сбора вытекающей слюны.
  7. Наденьте перчатки.
  8. Пинцетом достаньте из емкости стерильный зонд (влажный).
  9. Возьмите его правой рукой на расстоянии 10 — 15 см от слепого конца, а левой придерживайте его свободный конец.
  10. Предложите пациенту открыть рот, положите слепой конец зонда на корень языка, предложите делать глотательные движения.
  11. При каждом глотательном движении активно проводите зонд по пищеводу в желудок до нужной отметки.
- Запомните:* зонд вводят от резцов на глубину, равную росту больного в см минус 100 см (например, при росте 164 см зонд вводят на глубину 64 см).
12. Присоедините зонд к шприцу или вакуумной установке.

### МЕТОД ЛЕПОРСКОГО

(применение энтерального стимулятора желудочной секреции)

13. В течение 5 минут извлекайте содержимое желудка (1 порция).
14. Введите через зонд 200 мл подогретого до  $T\ 38^{\circ}\text{C}$  энтерального раздражителя.



15. Через 10 минут извлеките 10 мл желудочного содержимого (2 порция).
16. Через 15 минут извлеките весь остаток пробного завтрака (3 порция).
17. В течение часа извлекайте желудочное содержимое, меняя каждые 15 минут емкости для сока 2 (4, 5, 6, 7 порции).
18. Снимите перчатки, обработайте по пр. 408.
19. Отправьте в лабораторию все 7 порций (пробирки должны быть пронумерованы).
20. Результат из клинической лаборатории заберите на следующий день, подклейте в историю болезни.

### МЕТОД ПО КЕЮ

#### (применение парентерального стимулятора желудочной секреции)

13. Извлеките желудочное содержимое патошак (1 порция).
14. Введите через зонд 200 мл подогретого желудочного стимулятора до  $T 38^{\circ} C$ .
15. В течение часа извлекайте желудочное содержимое, меняя емкости для желудочного сока каждые 15 минут — 2, 3, 4, 5 порции.
15. После извлечения 5 порций сока введите по капле раствор гистамина дигидрохлорида 0,1 % или пентагастрина 0,025 % согласно инструкции по применению препарата.
16. Через 15 минут после введения стимулятора в течение часа извлекайте желудочное содержимое, меняя емкости для сока каждые 15 минут (6, 7, 8, 9 порции).
17. Снимите перчатки, обработайте по пр. 408.
18. Доставьте в лабораторию все 9 порций с направлением.
19. Результат заберите на следующий день, подклейте в историю болезни.

#### ОБРАЗЕЦ НАПРАВЛЕНИЯ:

в биохимическую лабораторию \_\_\_\_\_

желудочный сок по методу \_\_\_\_\_

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ возраст пациента,

\_\_\_\_\_ отделение,

№ палаты \_\_\_\_\_, дата взятия материала" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ подпись медсестры.



**ДЕЗИНФЕКЦИЯ:** шприцы, зонды погружаются в 3 % раствор хлорной извести на 60 минут, затем промываются под проточной водой до исчезновения запаха, затем проводится предстерилизационная очистка и стерилизация.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** а) предупредите пациента, чтобы вечером, накануне исследования он не употреблял грубую пищу;

б) исследование проводится утром натощак;

в) объясните пациенту порядок процедуры.

### **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ ЗОНДИРОВАНИЯ**

1. Обострение хронического гастрита, язвенной болезни.
2. Затруднение дыхания через нос, острое воспаление верхних дыхательных путей.
3. Резкая общая слабость.
4. Гипертоническая болезнь II, III степени.
5. Стенокардия.
6. Желудочно — кишечное кровотечение.
7. Искривление шейно — грудного отдела позвоночника.
8. Расширение вен пищевода.
9. Аневризма аорты.

### **Осложнения зондирования:**

1. Учащенные рвотные движения и кашель при введении зонда.

Лечение: анестезия слизистой глотки, при извлечении зонда (страх, боль за грудиной).

2. Спазм пищевода или глотки при извлечении зонда (страх, боль за грудиной).

Лечение: не вынимая зонда, влить через зонд теплую воду.

3. Появление свежей крови:

а) прожилок — повреждение мелких сосудов;

б) большое количество — прекратить зондирование, провести соответствующие мероприятия.

4. Обморок.



## ДУОДЕНАЛЬНОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ

Дуоденальное зондирование проводится с целью исследования желчи на наличие камней, песка, воспалительных элементов, паразитов и т.д.

### МЕТОДИКА

#### Получают 3 порции:

1. Порция А — дуоденальная желчь.
2. Порция В — пузырная желчь.
3. Порция С — печеночная желчь.

#### Осложнения:

1. Те же, что и при зондировании желудка.
  2. Вегетативные реакции при введении магния сульфата.
- Лечение: внутривенно хлористый кальций 10 % 5 — 10 мл.

Противопоказания:

те же (см. "Исследование желудочной секреции").

## С Т А Н Д А Р Т ДУОДЕНАЛЬНОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ

1. Вымойте руки, высушите.
2. ПРИГОТОВЬТЕ: стерильный дуоденальный зонд, пинцет, зажим в тройном растворе, шприц 20 мл, 50 мл 33 % раствора сульфата магния или 50 мл раствора сорбита или 50 мл стерильного растительного масла в теплом виде или 50 мл глюкозы, почкообразный лоток, полотенце, штатив с пробирками, чистые флаконы, валик или подушку, грелку, стеклянную контрольную трубку, зонд для удлинения, направление, емкости для дезинфекции, дезинфицирующие средства, перчатки.
3. Объясните пациенту ход процедуры.
4. Расстегните ворот рубашки, снимите галстук, ремень, корсет, бюстгалтер.
5. Предложите пациенту снять съемные зубные протезы.
6. Правильно и удобно усадите пациента: он должен плотно прислониться к высокой стенке стула и слегка наклонить голову вперед.



7. На шею и грудь пациента положите полотенце и дайте в руки лоток.
8. Наденьте перчатки.
9. Пинцетом достаньте из емкости стерильный (влажный) теплый зонд, возьмите его правой рукой на расстоянии 10 — 15 см от слепого конца, а левой рукой поддерживайте его свободный конец.
10. Предложите пациенту открыть рот, положите слепой конец на корень языка, а затем введите глубоко в глотку.
11. Попросите пациента делать глотательные движения.
12. При каждом глотательном движении активно проводите зонд по пищеводу до нужной отметки. Когда 4 метка окажется у зубов, продвиньте зонд еще на 10 — 15 см.

*Запомните: зонд вводят от резцов на глубину, равную росту больного в см минус 100 см (пример: рост человека 164 см — 100, зонд вводят на 64 см).*

13. Присоедините к зонду шприц. Если при отсасывании в шприц поступает мутноватая жидкость, значит олива находится в желудке. Если жидкость не поступает, то слегка вытяните зонд и предложите пациенту заглатывать вновь.
14. Пациент заглатывает зонд до 7 отметки (лучше, если это время пациент будет ходить по комнате).
15. Уложите пациента на правый бок, под таз подложите мягкий валик или подушку, а под правое подреберье — теплую грелку (в таком положении облегчается прохождение оливы через привратник).
16. В течение 20 — 60 минут больной заглатывает зонд до девятой метки (наружный конец зонда опущен в пробирку).
17. При попадании оливы в 12 — перстную кишку в пробирку поступает жидкость мутного желтого цвета — порция А.
18. Присоедините шприц к зонду и введите через зонд 50 мл теплого 33 % раствора магния сульфата (или глюкозы, сорбита, масла), затем пережмите зонд зажимом на 15 — 20 минут.
19. Опустите зонд в следующую пробирку и снимите зажим: поступает жидкость темного цвета, густая порция В.



20. При поступлении жидкости прозрачной, золотисто — желтого цвета, переведите конец зонда в другую пробирку — для порции С.
21. Извлеките зонд аккуратно, осторожно, придерживая у рта салфеткой и погрузите его в дезинфицирующий раствор.
22. Снимите перчатки, обработайте по пр. 408.
23. Подпишите пробирки, указав порции А, В, С.
24. Прикрепите на пробирках направление и отправьте в клиническую лабораторию.
25. Результат получите в тот же день или на следующее утро.

### ОБРАЗЕЦ НАПРАВЛЕНИЯ:

исследование желчи \_\_\_\_\_

в клиническую лабораторию \_\_\_\_\_

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
возраст пациента,

\_\_\_\_\_ подпись медсестры.

**ДЕЗИНФЕКЦИЯ:** шприцы, зонд промойте в емкости с водой, затем погрузите в 3 % раствор хлорамина на 60 минут, после чего промойте под проточной водой, проведите пред — стерилизационную очистку, стерилизацию.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** а) подготовьте пациента. В течение 2 — 3 дней из пищи исключите газообразующие продукты, накануне вечером легкий ужин, вечером дайте 8 капель 0,1 % раствора атропина сульфата или 30,0 ксилита, растворенного в воде;

в) предупредите пациента, чтобы утром он не ел и не пил;

г) объясните порядок процедуры.



## ПУНКЦИИ

Пункция — прокол полости, патологического процесса.

Пункция проводится с целью:

- а) лечебной — введение лекарственного средства;
- б) диагностической.

Пункция — малая операция проводится в стационаре с соблюдением правил асептики.

Для проведения пункции медсестра должна знать:

- особенности подготовки пациента к пункции;
- возможные осложнения
- принципы ухода за пациентами
- участки тела для прокола;

уметь:

- провести местную анестезию на месте прокола;
- придать пациенту удобное положение на месте проведения процедуры;
- контролировать соблюдение пациентом соответствующего режима двигательной активности.

Плевральная пункция — прокол плевральной полости.

Показания:

### 1. Диагностические:

- а) для получения жидкости и клеточных элементов плевральной полости;
- б) исследование полученной жидкости;
- в) для введения воздуха в плевральную полость (искусственный пневмоторакс).

### 2. Лечебные:

- а) для удаления патологического скопления газа, жидкости или гноя;
- б) для введения в плевральную полость различных лекарственных веществ.

Противопоказания:

1. Повышенная кровоточивость.
2. Поражение (заболевание) кожи на месте прокола (опоясывающий лишай и др.).



Осложнения:

1. Вазовагальный рефлекс при раздражении листков плевры.
2. Коллапс при быстром выведении жидкости из полости.
3. Пневмоторакс при неправильной технике.
4. Травмы легкого, печени и других органов.
5. Инфицирование места прокола.
6. Травмы нервов, сосудов при неправильной технике.

## **С Т А Н Д А Р Т УЧАСТИЕ МЕДСЕСТРЫ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Разъясните пациенту цель и методику процедуры.
2. Вымойте руки, высушите.
3. ПРИГОТОВЬТЕ: набор для анестезии (шприц 5 мл, 10 мл, иглы для внутрикожной, внутримышечной, подкожной инъекций, новокаин 0,5 % в ампулах, спирт 70 %, стерильные ватные шарики), иглу с резиновой трубкой для плевральной пункции, зажим, систему дренажных трубок, шприц Потена или аппарат Боброва или электроотсос, рентгенограммы грудной клетки в прямой и боковой проекциях, емкости для сбора плевральной жидкости, бикс со стерильным перевязочным материалом, салфетки, простыни, марлевые шарики, креол или лейкопластырь, направление в лабораторию, пробирки, емкости для дезинфицирующих средств.
4. Помогите врачу обработать руки одним из способов.
5. На спинку стула положите подушку, пациента посадите лицом к спинке стула, его локти должны лежать на подушке.
6. Попросите пациента наклониться над спинкой стула (для расширения межреберных промежутков).
7. Обработайте руки, наденьте перчатки, чепчик, маску, стерильный халат.



8. Ассистируйте врачу во время пункции, наблюдайте за состоянием пациента.
9. Отвезите пациента на каталке в палату после процедуры.
10. Отнесите в лабораторию материал, взятый во время пункции.
11. Заберите результат анализа, подклейте в историю болезни.
12. В течение 3 часов интенсивно наблюдайте за пациентом (строгий постельный режим).

### ОБРАЗЕЦ НАПРАВЛЕНИЯ:

В лабораторию (бактериологическую, клиническую, цитологическую) направляется плевральное содержимое

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

возраст пациента, \_\_\_\_\_

отделение, \_\_\_\_\_

№ палаты \_\_\_\_\_, дата " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ подпись медсестры.

**Абдоминальная пункция – прокол брюшной полости с лечебной и диагностической целью.**

Показания:

1. Асцит – скопление отечной жидкости в брюшной полости при разных заболеваниях.
2. Травмы органов брюшной полости (разрывы, кровотечения), для лапароскопии.



**Противопоказания:**

1. Общее тяжелое состояние пациента.
2. Вторая половина беременности.
3. Заболевание кожи передней брюшной стенки.
4. Повышенная кровоточивость.

**Осложнения:**

1. Перитонит при нарушении правил асептики.
2. Повреждение органов брюшной полости, нервов, сосудов передней брюшной стенки при неправильной технике.
3. Гнойные заболевания передней брюшной стенки (флегмона, абсцесс).
4. Подкожная эмфизема стенки живота.
5. Коллапс.

## **С Т А Н Д А Р Т**

### **УЧАСТИЕ МЕДСЕСТРЫ В ПРОВЕДЕНИИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ**

#### **АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Вымойте, высушите руки.
2. **ПРИГОТОВЬТЕ:** набор для местной анестезии (шприцы 5 и 10 мл, иглы для внутрикожных, подкожных, внутримышечных инъекций, новокаин 0,5 %, 0,25 % в ампулах, спирт 70 %), троакар стерильный, штатив с пробирками, бикс со стерильным перевязочным материалом, салфетки, марлевые шарики, клеол или лейкопластырь, резиновые трубки, зажим, простынь или полотенце, емкость для асцитической жидкости, перчатки, фартук для медсестры, направление в лабораторию.
3. Усадите пациента на стул, между ног на полу поместите таз (емкость для асцитической жидкости).
4. Обрабатывайте руки, наденьте перчатки, стерильный халат, чепчик, маску.



5. Ассистируйте врачу при проведении процедуры, наблюдайте за состоянием пациента.
6. Доставьте пациента в палату на каталке.
7. Следите за соблюдением больным строгого постельного режима в течение 2 часов.
8. Проведите наблюдение за пациентом (температура, пульс, артериальное давление, частота дыхания).
9. Отнесите в лабораторию материал, полученный при пункции.
10. Заберите результат, подклейте в историю болезни.
11. Обработайте использованные инструменты по пр. 408.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** накануне процедуры разъясните больному цель исследования, методику процедуры.

### ОБРАЗЕЦ НАПРАВЛЕНИЯ:

В лабораторию (бактериологическую, клиническую, серологическую) содержимое абдоминальной полости \_\_\_\_\_

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ возраст пациента,

\_\_\_\_\_ отделение,

№ палаты \_\_\_\_\_, дата " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 19\_\_ г.

\_\_\_\_\_ подпись медсестры.

### Спинномозговая пункция – прокол спинномозгового канала.

Показания:

1. Диагностическая

а) для исследования давления, цвета, прозрачности и состава жидкости (черепно – мозговая травма, повышение внутричерепного давления, менингит, энцефалит и т.д.);

б) для введения контрастных веществ при рентгенологическом исследовании спинномозгового канала.

2. Лечебная:

а) для снижения спинномозгового давления; для введения лекарственных веществ.



Противопоказания:

1. Угроза вклинения продолговатого мозга в большое затылочное отверстие.
2. Повышенная кровоточивость.
3. Повреждение кожи на месте прокола.

Осложнения:

1. Вклинение продолговатого мозга в большое затылочное отверстие.
2. Нарушение функций органов малого таза и нижних конечностей при неправильной технике.
3. Повреждение сосудов.
4. Инфицирование места прокола.

## **С Т А Н Д А Р Т УЧАСТИЕ МЕДСЕСТРЫ В ПРОВЕДЕНИИ ЛЮМБАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Вымойте, высушите руки.
2. ПРИГОТОВЬТЕ: набор для местной анестезии ( шприцы 5 – 10 мл , иглы для подкожных, внутримошечных, внутримышечных инъекций, новокаин 0,5 % в ампулах, спирт 70 %), игла с мандреном для пункции, штатив с пробирками, бикс со стерильным перевязочным материалом, салфетки, простыни, марлевые шарики, перчатки, клеол или лейкопластырь, направление в лабораторию, емкости для дезинфицирующих средств.
3. Уложите пациента на бок, попросите наклонить голову вперед, ноги согнуть и привести к животу.
4. Обработайте руки одним из методов, наденьте стерильный халат, чепчик, маску, перчатки.
5. Ассистируйте врачу во время процедуры, наблюдайте за пациентом.
6. Доставьте больного в палату на каталке.
7. Следите за соблюдением строгого постельного режима в течение 2 – часов (положение пациента на спине без подушки).



8. Отнесите в лабораторию материал (спинномозговую жидкость).
9. Заберите результат, подклейте в историю болезни.
10. Проведите наблюдение (температура, артериальное давление, частота дыхания), уход за местом прокола с соблюдением правил асептики.
11. Обрабатывайте использованные предметы, инструменты по пр. 408.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** накануне процедуры разъясните пациенту цель и методику процедуры.

### ОБРАЗЕЦ НАПРАВЛЕНИЯ:

В лабораторию (бактериологическая, клиническая, биохимическая) спинномозговая жидкость (ликвор) \_\_\_\_\_

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

возраст пациента,

отделение,

№ палаты \_\_\_\_\_, дата " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 19\_\_ г.

\_\_\_\_\_ подпись сестры

Костно – мозговая пункция (стерильная) – прокол грудины с диагностической целью (получение костного мозга).

Показания:

1. Заболевания системы кроветворения (анемии, лейкозы и т. д.).

Противопоказания:

1. Заболевания грудины (заболевание надкостницы).
2. Травмы грудины.
3. Повреждение кожи в месте прокола.



Осложнения:

1. Воспаление кожи, надкостницы при несоблюдении правил асептики.
2. Травмы грудины.

## **С Т А Н Д А Р Т УЧАСТИЕ МЕДСЕСТРЫ В ПРОВЕДЕНИИ СТЕРНАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ**

1. Вымойте руки, высушите.
2. ПРИГОТОВЬТЕ: набор для местной анестезии (шприцы 5 — 10 мл, иглы для внутрикожных, подкожных, внутримышечных инъекций, новокаин 0.5 % в ампулах, спирт 70 %), иглу Кассирского, бикс со стерильным перевязочным материалом, салфетки, простыни, марлевые шарики, креол или лейкопластырь, спирт 70 %, йод 5 %, эфир, шприц стерильный 20 мл, микроскоп, часовое стекло.
3. Уложите пациента на спину.
4. Обработайте руки одним из способов, наденьте халат, чепчик, маску, перчатки.
5. Ассистируйте врачу во время процедуры, наблюдайте за пациентом.
6. Доставьте пациента в палату на каталке после процедуры (положение пациента на спине).
7. Следите за соблюдением пациентом строгого постельного режима в течение 2 — х часов.
8. Результат подклейте в историю болезни.
9. Проводите наблюдение за пациентом (температура, пульс, артериальное давление, частота дыхания), уход за местом прокола с соблюдением правил асептики.
10. Обработайте использованные предметы, инструменты по пр. 408.



**ПРИМЕЧАНИЕ:** накануне исследования разъясните пациенту цель и методику пункции.

### ОБРАЗЕЦ НАПРАВЛЕНИЯ

В клиническую лабораторию пунктат стерильный (костный мозг) \_\_\_\_\_

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

возраст пациента,

\_\_\_\_\_

отделение,

№ палаты \_\_\_\_\_, дата " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 19\_\_ г.

\_\_\_\_\_ подпись медсестры



## **К ВНИМАНИЮ ЧИТАТЕЛЕЙ!**

**В следующих изданиях планируются стандарты по:**

- уходу за терапевтическими больными;
- уходу за больными с хирургическими болезнями;
- уходу за больными с поражением ЛОР – органов;
- уходу за больными с инфекционными заболеваниями;
- уходу за больными с туберкулезом;
- уходу за больными с кожными и венерическими заболеваниями;
- уходу за беременными, роженицами, родильницами и гинекологическими больными;
- уходу за новорожденным ребенком;
- уходу за здоровым и больным ребенком;
- уходу за больными со злокачественными новообразованиями;
- уходу за больными с неврологическими и психическими заболеваниями.



# СОДЕРЖАНИЕ

## Часть 1. Уход при лечебно-диагностических процедурах:

- Обязанности медицинской сестры при приеме пациента в стационар
- Инфекционный контроль. Меры предотвращения
- Личная гигиена пациента
- Лечение пролежней
- Сестринский уход при питании пациентов
- Наблюдение за пациентами
- Меры воздействия на кровообращение
- Применение лекарственных средств
- Сестринский уход за пациентами с рвотой
- Сестринский уход при нарушении физиологических оправлений
- Участие медицинской сестры в лабораторных и инструментальных исследованиях











2  
P.S.

Handwritten signature or scribble in red ink, possibly reading "P.S." or similar, located in the lower right quadrant of the page.