

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ СЕСТРИНСКАЯ ПРАКТИКА ПО ТЕРАПИИ

Учебно-методическое пособие
для студентов 2 курса медико-диагностического факультета
обучающихся по специальности «Медико-диагностическое дело»

**Гомель
ГГМУ
2010**

УДК 616 – 085 (075): 371.388

ББК 53.5

П 80

Авторы:

*Л. В. Романьков, Н. С. Брановицкая, Л. И. Друян,
Д. И. Гавриленко, И. В. Пальцев, О. Е. Юранова*

Рецензенты:

доцент, заведующая кафедрой внутренних болезней № 1
с курсом гематологии Гомельского государственного
медицинского университета ***И. И. Мистюкевич;***
доктор медицинских наук,
доцент кафедры внутренних болезней № 1 с курсом гематологии,
декан медико-диагностического факультета
Гомельского государственного медицинского университета
А. Л. Калинин

Производственная сестринская практика по терапии: учеб.-метод.
П 80 пособие для студентов 2 курса медико-диагностического факультета,
обучающихся по специальности «Медико-диагностическое дело» /
Л. В. Романьков [и др.]. — Гомель: учреждение образования «Гомельский
государственный медицинский университет», 2010. — 56 с.
ISBN 978-985-506-305-7

Предназначено для студентов 2 курса медико-диагностического факультета и
содержит информацию по вопросам порядка прохождения производственной се-
стринской практики по терапии.

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебным научно-
методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный
медицинский университет» 5 мая 2010 г., протокол № 4.

УДК 616 – 085 (075): 371.388

ББК 53.5

ISBN 978-985-506-305-7

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2010

РАЗДЕЛ I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ПОРЯДОК ПРОХОЖДЕНИЯ ПРАКТИКИ

Научно-методическое обоснование производственной сестринской практики по терапии

Производственная сестринская практика по терапии составляет обязательную часть учебного процесса, является важным звеном в подготовке врачей любой специальности. Отработка навыков работы с больными должна способствовать повышению уровня практической подготовленности студентов по предмету. Кроме того, в процессе производственной практики студенты приобретают опыт санитарно-просветительной, организаторской и воспитательной работы.

Цель производственной сестринской практики по терапии

В ходе производственной сестринской практики по терапии студенты должны ознакомиться с основными принципами работы учреждений здравоохранения, терапевтического и приемного отделений лечебного учреждения, овладеть практическими навыками и обязанностями младшей медицинской сестры, некоторыми простейшими манипуляциями постовой медицинской сестры по уходу за больными.

Задачи производственной сестринской практики по терапии

В процессе прохождения производственной практики студент должен усвоить и знать: структуру и санитарный режим терапевтического и приемного отделений, функциональные обязанности младшей медицинской сестры, санитарную обработку больных, личную гигиену больных и медперсонала, обработку и хранение служебного инструментария, теоретические основы выполнения простейших манипуляций по уходу за больными.

Метод реализации программы производственной сестринской практики по терапии

Студенты под руководством старших медицинских сестер отделений и под контролем преподавателя медицинского ВУЗа в процессе работы в терапевтическом и приемном отделениях осваивают и совершенствуют практические навыки по уходу за больными, выполнению обязанностей младшего медицинского персонала, проведению санитарно-просветительной работы.

План прохождения студентами производственной сестринской практики по терапии

Производственная практика по терапии проводится в июле месяце в приемном отделении и отделениях терапевтического профиля. Студенты работают в качестве младшей медицинской сестры.

План прохождения производственной практики включает в себя следующие разделы:

1. Работа в приемном отделении в качестве младшей медицинской сестры — 1 день (6 часов).

2. Работа в терапевтическом отделении в качестве младшей медицинской сестры — 3 дня (18 часов).

3. Зачет.

Длительность производственной практики — 4 дня с шестичасовым рабочим днем.

Расчет рабочего времени на рабочий день

1. Приемное отделение:

— знакомство со структурой, организацией и особенностями работы приемного отделения — 90 минут;

— выполнение обязанностей младшей медсестры — 250 минут;

— заполнение дневника производственной практики — 20 минут.

2. Терапевтическое отделение:

— знакомство со структурой, организацией и особенностями работы терапевтического отделения — 90 минут;

— выполнение обязанностей младшей медсестры — 250 минут;

— заполнение дневника учебной производственной практики — 20 минут.

Общие методические указания по организации производственной сестринской практики по терапии

Руководство производственной сестринской практикой по терапии студентов 2 курса медико-диагностического факультета осуществляют отдел производственной практики университета и кафедра пропедевтики внутренних болезней. Непосредственными руководителями практики являются главная медицинская сестра лечебного учреждения и старшие медицинские сестры отделений. Учебно-методическое руководство и контроль за прохождением практики осуществляет преподаватель кафедры пропедевтики внутренних болезней.

Во время прохождения производственной практики студенты знакомятся с работой терапевтического и приемного отделений больницы, обязанностями младшей медицинской сестры этих отделений, осваивают навыки по поддержанию санитарно-противоэпидемического режима отделений, санитарно-гигиеническому уходу за больными, транспортировке и кормлению больных, а также оказывают помощь постовым и процедурным медицинским сестрам в выполнении простейших медицинских манипуляций по уходу за больными.

При прохождении производственной практики в лечебных отделениях студенты распределяются по сестринским постам (не более 2 студентов на

пост) и выполняют работу младшей медицинской сестры. Все виды работы студентов должны ежедневно фиксироваться в дневнике (приложение 1), который подписывается старшей медицинской сестрой отделения и студентом.

По окончании практики студент представляет руководителю практики дневник, в котором дается сводный отчет о проделанной работе с цифровыми данными (наименование и количество выполненных манипуляций), замечаниями и пожеланиями относительно всех отмеченных во время практики недостатков. Старшие медицинские сестры отделений вместе с руководителем практики дают в дневнике краткую характеристику работы студента, после чего дневник заверяется главным врачом лечебного учреждения.

Работа студентов в отделениях больницы

Работа в приемном отделении

В приемном отделении студенты работают 1 день (6 часов) согласно графика, который составляют главная медицинская сестра лечебного учреждения и ответственный преподаватель университета.

Студенты знакомятся:

- со структурой отделения;
- с обязанностями младшей медицинской сестры отделения;
- с санитарно-противоэпидемическим режимом отделения;
- с правилами санитарно-гигиенической обработки больных;
- с правилами транспортировки больных в отделения лечебного учреждения.

Студенты выполняют:

- санитарную и гигиеническую обработку помещений;
- транспортировку больных в отделения лечебного учреждения.

Студенты участвуют в выполнении медсестринских манипуляций:

- санитарная обработка больных;
- антропометрия;
- подсчет пульса на лучевых артериях;
- изменение артериального давления;
- измерение температуры тела.

Работа в терапевтическом отделении

В терапевтическом отделении студенты работают 3 дня по 6 часов в день и выполняют обязанности младшей медицинской сестры, а также участвуют в выполнении манипуляций постовой и процедурной медицинских сестер.

Студенты знакомятся:

- со структурой отделения;
- с обязанностями младшей медицинской сестры отделения;
- с санитарно-противоэпидемическим режимом отделения.

Студенты выполняют:

- приготовление дезинфицирующих растворов, растворов для предстерилизационной обработки медицинского инструментария и других предметов ухода за больными, обеззараживания постинъекционного материала;
- санитарно-гигиеническую обработку помещений;
- транспортировку больных на исследования и в другие отделения;
- смену нательного и постельного белья у больных, находящихся на постельном режиме;
- раздачу пищи больным;
- кормление тяжелых и ослабленных больных;
- гигиенический уход за волосами и кожей больных;
- подачу суден и мочеприемников.

Студенты участвуют в выполнении манипуляций постовой и процедурной медсестры:

- проведение туалета полости рта, ушей, носа;
- закапывание капель в нос, уши, глаза;
- измерение температуры тела, дезинфекция и хранение термометров;
- приготовление и подача грелки, пузыря со льдом;
- наложение кровоостанавливающих жгутов на конечности;
- подсчет пульса на лучевых артериях;
- измерение артериального давления;
- обработка, дезинфекция и хранение наконечников и систем для постановки клизм, газоотводных трубок, зондов желудочных и дуоденальных, катетеров для мочевого пузыря, плевательниц, подкладных суден;
- обработка и дезинфекция использованных шприцев, игл и систем для внутривенных вливаний.

Подведение итогов практики

Студент-практикант ведет ежедневно дневник, в котором должен фиксировать всю работу в течение рабочего дня с ее точным описанием, отображать личное участие в лечебном процессе. Дневник обязательно должен дать ясное представление о степени самостоятельности при выполнении той или иной работы. Дневники ежедневно подписываются старшими медицинскими сестрами отделений, в которых студенты проходят практику, и проверяются руководителями производственной практики университета и базового учреждения.

В конце дневника студент пишет отчет о прохождении практики, подводит итог по овладению практическими навыками. Итоговый отчет студента подписывает старшая медицинская сестра отделения. Дневник завершается характеристикой работы студента во время производственной практики, который подписывает главный врач базового учреждения, непосредственный руководитель практики и закрепленный преподаватель от кафедры. Характеристика завершается печатью учреждения здравоохране-

ния. По итогам производственной практики студенты сдают зачет. Зачет принимает преподаватель кафедры пропедевтики внутренних болезней, ответственный за проведение практики. Результаты сдачи зачета («зачет», «незачет») вносятся в ведомость и зачетную книжку студента.

Перечень практических навыков по производственной сестринской практике по терапии

1. Знание функциональных обязанностей младшей медицинской сестры приемного и терапевтического отделений.
2. Измерение роста больных.
3. Взвешивание больных.
4. Знание инструкций по санитарно-противоэпидемическому режиму терапевтического отделения.
5. Знание правил техники безопасности при работе в терапевтическом отделении.
6. Служебный инструментарий младшей медицинской сестры терапевтического отделения: использование, обработка, дезинфекция, хранение.
7. Уход за кожей туловища больных, находящихся на постельном режиме.
8. Уход за волосами больных, находящихся на постельном режиме.
9. Уход за кожей промежности, подмывание и спринцевание больных, находящихся на постельном режиме.
10. Смена постельного белья у тяжелых и ослабленных больных.
11. Смена нательного белья у тяжелых и ослабленных больных.
12. Применение подкладных суден, их дезинфекция и хранение.
13. Применение мочеприемников, их дезинфекция и хранение.
14. Раздача пищи больным, находящимся на общем двигательном режиме.
15. Кормление тяжелых и ослабленных больных.
16. Измерение температуры тела.
17. Дезинфекция и хранение медицинских термометров.
18. Приготовление и подача грелки.
19. Приготовление и подача пузыря со льдом.
20. Обработка, дезинфекция и хранение систем для постановки клизм, газоотводных трубок.
21. Обработка, дезинфекция и хранение зондов для зондирования желудка и двенадцатиперстной кишки.
22. Обработка, дезинфекция и хранение плевательниц.
23. Измерение артериального давления.

Перечень вопросов для зачета по итогам производственной сестринской практики по терапии

1. Основные положения закона о здравоохранении Республики Беларусь.
2. Основные положения медицинской этики и деонтологии.

3. Структура приемного отделения медико-профилактического учреждения (учреждения здравоохранения).
4. Структура терапевтического отделения учреждения здравоохранения.
5. Обязанности младшей медицинской сестры терапевтического отделения.
6. Санитарно-противоэпидемический режим приемного отделения.
7. Санитарно-противоэпидемический режим терапевтического отделения.
8. Правила уборки и дезинфекции палат, коридоров, процедурных кабинетов терапевтического отделения.
9. Правила уборки и дезинфекции туалетов, ванн, комнат личной гигиены, клизменных.
10. Техника безопасности при исполнении обязанностей младшей медицинской сестры.
11. Дезинфицирующие растворы: характеристика, назначение.
12. Приготовление хлорсодержащих и других дезинфицирующих растворов, правила пользования ими.
13. Понятие о личной гигиене больного. Принципы ухода за кожей туловища и волосами тяжелых и ослабленных больных.
14. Принципы ухода за кожей промежности тяжелых и ослабленных больных. Профилактика пролежней.
15. Смена постельного белья у больных, находящихся на постельном режиме.
16. Смена нательного белья у больных, находящихся на постельном режиме.
17. Применение мочеприемников и подкладных суден, их обработка, дезинфекция и хранение.
18. Транспортировка больных: виды и способы.
19. Раздача пищи больным, кормление тяжелых и ослабленных больных.
20. Обработка, дезинфекция и хранение систем, и наконечников для постановки клизм, газоотводных трубок.
21. Предстерилизационная очистка шприцев и игл.
22. Техника непрямого массажа сердца.
23. Техника искусственного дыхания методом «рот в рот», «рот в нос».
24. Понятие об антропометрии. Измерение роста больных, их взвешивание.
25. Подсчет частоты пульса и числа дыханий.
26. Измерение артериального давления.
27. Измерение температуры тела.

РАЗДЕЛ II. ДОЛЖНОСТНЫЕ ИНСТРУКЦИИ МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ОТДЕЛЕНИЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ

палатной санитарки, младшей медицинской сестры по уходу за больными, санитарки-уборщицы

Общие положения

1. На должность санитарки палатной принимаются лица без медицинского образования.
2. Санитарка принимается на работу и увольняется главным врачом лечебного учреждения по представлению заведующего отделением.
3. Санитарка в отделении подчиняется сестре-хозяйке, старшей медицинской сестре, постовой медицинской сестре и заведующему отделением.

Обязанности

Основными обязанностями санитарки являются:

- поддержание санитарно-гигиенического режима в отделении;
- содержание помещений, инвентаря, оборудования в должном порядке;
- проведение ежедневной влажной уборки в палатах, туалетах и других подсобных помещениях;
- использование дезинфицирующих средств и моющих растворов для проведения текущей и генеральной уборки;
- оказание помощи медицинской сестре при выполнении манипуляций по уходу за больными;
- доставка материала для лабораторных исследований в лабораторию и подготовка посуды для забора материала для анализов;
- получение у сестры-хозяйки и обеспечение правильного хранения и использования хозяйственного инвентаря;
- информирование сестры-хозяйки о замеченных неисправностях в системе отопления, водоснабжения, канализации, электроприборов;
- соблюдение правил техники безопасности, охраны труда и внутреннего распорядка;
- работа по графику, утвержденному администрацией.

РАЗДЕЛ III. ПРИМЕРНЫЕ ИНСТРУКЦИИ И ПРАВИЛА ТЕХНИКИ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОБЯЗАННОСТЕЙ МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

ПРИМЕРНАЯ ИНСТРУКЦИЯ

по технике безопасности для младших медицинских сестер терапевтического отделения при уборке помещений

Общие требования

1. Терапевтическое отделение включает в себя палаты для больных, рабочие места для врачей, медицинских сестер, процедурные кабинеты, столовую, подсобные помещения, где ежедневно санитарками отделения проводится влажная двукратная уборка с применением дезинфицирующих средств.
2. К самостоятельной работе допускаются лица, достигшие 18-летнего возраста, прошедшие инструктаж по технике безопасности на рабочем месте по общим правилам техники безопасности.
3. Проверка полученных знаний производится 1 раз в год аттестационной комиссией. Периодический инструктаж по технике безопасности проводится 2 раза в год заведующим отделением и регистрируется в журнале инструктажа.
4. В случае появления опасностей, грозящих авариями и несчастными случаями, необходимо немедленно сообщить старшей медицинской сестре и заведующему отделением, принять меры для предотвращения аварии.

Требования безопасности перед началом работы

1. Надеть спецодежду, подготовить защитные средства для рук (резиновые перчатки), халат застегнуть на все пуговицы.
2. Убрать все посторонние предметы, которые мешают производить влажную уборку. С поверхности столов, шкафов, полок убрать предметы, которые могут упасть.
3. Приготовить рабочий инвентарь (ведро, швабра, ветошь, стремянка, дезинфицирующие средства).

Требования безопасности во время работы

1. Не отвлекаться от работы.
2. Следить за тем, чтобы полы помещений были чистыми и сухими. Немедленно убрать с пола упавшие осколки разбитой посуды, шприцев, инъекционные иглы и другие, колющие и режущие предметы.
3. При уборке помещений пользоваться щеткой, совком, тряпкой. Не производить уборку руками.

4. Осторожно работать около спусков, лестниц и дверей.
5. Убирать помещения в вечернее время, в затемненных помещениях - при надлежащем освещении.
6. При выполнении работ на высоте (протирка стен, потолков, дверей, окон и т. д.) пользоваться только исправными стремянками, лестницами с тяжелыми наконечниками или резиновыми прокладками. Работая с подконников, запрещено пользоваться стремянками и лестницами.
7. Лестницу ставить к полу с наклоном, не превышающим 60°. Не пользоваться случайными подставками и неустойчивыми тумбочками, особенно при мытье окон.
8. Уборку электроаппаратов и электрооборудования производить лишь после его отключения. Не прикасаться к открытым и плохо изолированным проводам.
9. При обнаружении электрического тока на корпусах аппаратов, трубопроводах и т.п. прекратить уборку и немедленно сообщить заведующему отделением.
10. Не выполнять самостоятельно работы, которые не поручены.

Требования безопасности после окончания работы

1. Привести в порядок рабочее место. Используемый инвентарь определить в положенное место.
2. Закрыть водопроводные краны, окна, форточки.
3. Убрать спецодежду, вымыть руки водой с мылом.
4. По пути домой с работы переходить улицу через пешеходные переходы, обходить объекты, угрожающие травмированием.

Ответственность за невыполнение инструкции

Требование инструкции является обязательным для работающего. Невыполнение ее рассматривается как нарушение производственной дисциплины. В зависимости от характера и последствий нарушения, работник привлекается к административной или уголовной ответственности.

ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА ПРИ РАБОТЕ С КРОВЬЮ

(выписка из Приложения № 6 к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10.17. 1995 г. № 317-А)

ВИЧ-инфекция — инфекционный процесс в организме человека, вызываемый вирусом иммунодефицита человека и характеризующийся медленным течением, поражением иммунной, нервной систем и последующим развитием на этом фоне оппортунистических инфекций и новообразований, приводящих к летальному исходу.

Пути заражения:

- половой;
- через кровь;
- от матери ребенку.

Классификация, принятая в Республике Беларусь:

- острая инфекция;
- асимптоматическая инфекция;
- персистирующая генерализованная лимфаденопатия;
- пре-СПИД;
- СПИД.

В условиях все большего распространения ВИЧ-инфекции среди населения занос ВИЧ в медицинских учреждениях является повседневной реальностью. Поэтому каждый, обратившийся за медицинской помощью должен рассматриваться как потенциальный носитель ВИЧ. Соответственно, на каждом рабочем месте должны быть обеспечены меры по предупреждению передачи вируса от возможного вирусоносителя или больного СПИДом другим больным, медицинскому и техническому персоналу.

Общие положения

1. Рабочие места обеспечиваются выписками из инструкций, методических документов, аптечками для проведения экстренной профилактики при аварийных ситуациях.

2. Весь медицинский инструментарий, загрязненный кровью, биологическими жидкостями, а также соприкасающийся со слизистыми оболочками, сразу после использования подлежит дезинфекции.

3. При проведении манипуляций, связанных с нарушением целостности кожных покровов и слизистых, а также не исключающих разбрызгивание биологических жидкостей при вскрытии трупов, проведении лабораторных исследований, обработке инструментария, белья, уборке и т. д., медицинские работники и технический персонал должны использовать индивидуальные средства защиты (хирургический халат, маска, защитные очки, непромокаемый фартук, нарукавники, перчатки), позволяющие избежать контакта крови, тканей, биологических жидкостей больного с кожными покровами и слизистыми.

4. Медицинские работники с травмами на руках, экссудативным поражением кожи, мокнущими дерматитами отстраняются на время заболевания от медицинского обслуживания больных, контакта с предметами ухода за ними.

Меры предосторожности при оказании медицинской помощи, обслуживании больных, работе с биоматериалом, кровью

1. Бригады скорой помощи должны иметь емкости из непрокаляемого материала для сбора использованных шприцев.

2. Во избежание ранений не допускается при заборе крови и других биожидкостей использование предметов с отбитыми краями.

3. Недопустимо производить забор крови из вены через иглу непосредственно в пробирку.

4. Все манипуляции по забору крови и сыворотки должны выполняться при помощи резиновых груш, автоматических пипеток, дозаторов.

5. Любые емкости с кровью, другими биологическими жидкостями должны плотно закрываться резиновыми и пластмассовыми пробками и помещаться в контейнер.

6. В лечебных стационарах кровь и другие биоматериалы должны транспортироваться в штативах, помещенных в контейнеры, биксы, пеналы, на дно которых кладется 4-слойная сухая салфетка.

7. Транспортировка проб крови и других биоматериалов из ЛПУ в лаборатории должна осуществляться в контейнерах, исключающих самопроизвольное или преднамеренное открывание их крышек в пути следования. Наружная поверхность емкостей обрабатывается дезинфицирующим раствором.

8. Не допускается транспортировка проб крови и других биоматериалов в картонных коробках, деревянных ящиках, полиэтиленовых пакетах.

9. Не допускается помещение бланков, направлений или другой документации внутрь контейнера, бикса.

Мероприятия, необходимые при контакте с кровью

1. Если контакт с кровью или другими жидкостями произошел с нарушением целостности кожных покровов (укол, порез), пострадавший должен: снять перчатки рабочей поверхностью внутрь; выдавить кровь из раны; поврежденное место обработать одним из дезинфектантов (70 % спирт, 5 % настойка йода при порезах, 3 % раствор перекиси водорода при уколах), руки вымыть под проточной водой с мылом, а затем протереть 70 % спиртом; на рану наложить пластырь, надеть напальчники; при необходимости продолжить работу, надеть новые перчатки.

2. В случае загрязнения кровью без повреждения обработать кожу одним из дезинфектантов (70 % спирт, 3 % перекись водорода, «Септоцид Р» и другие); обработанное место вымыть водой с мылом и повторно обработать спиртом.

3. При попадании биоматериала на слизистые оболочки: полости рта — прополоскать 70 % спиртом; полости носа — закапать 20–30 % раствором альбукцида; глаза промыть водой (чистыми руками), закапать 20–30 % раствором альбукцида.

4. При попадании биоматериала на халат, одежду, обувь:

— обеззараживаются перчатки перед снятием одежды;

— при незначительных загрязнениях биологическими жидкостями одежда снимается и помещается в пластиковый пакет и направляется в прачечную без предварительной обработки, дезинфекции;

— при значительном загрязнении одежда замачивается в одном из дезинфектантов (кроме 6 % перекиси водорода и нейтрального гидрохлорида кальция, которые разрушают ткани);

— личная одежда подвергается стирке в горячей воде 70°C с моющим раствором;

— кожа рук и других участков тела под местом загрязнения промывается с мылом и повторно протирается 70 % спиртом; загрязненная обувь двукратно протирается ветошью, смоченной в растворе одного из дезинфектантов.

5. Аптечка для экстренной медицинской помощи:

— напальчники (или перчатки);

— лейкопластырь;

— ножницы;

— спирт этиловый 70 %;

— альбucid 20–30 %;

— настойка йода 5 %;

— перекись водорода 3 %.

Примечание: Здесь и далее — на ряду и вместо этилового спирта могут быть использованы другие антисептики: «Мукосанин» и «Аквин» — для обработки слизистых оболочек, «Септоцид Р», «Септоцид–Синерджи» — для обработки кожи.

ПЕРЕЧЕНЬ АНТИСЕПТИЧЕСКИХ И ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИХ СРЕДСТВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В СОВРЕМЕННЫХ УЗО

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 166 от 21.11.03 г. «Об ограничении использования этилового спирта в организациях здравоохранения» — с 01.11.2003 г. запрещается использовать спирт этиловый для проведения обработки кожи и рук, дезинфекции поверхностей и оборудования в лечебно-профилактических организациях. В связи с этим, предлагается заменить спирт этиловый антисептиками и дезинфектантами, которые отвечают всем требованиям Министерства здравоохранения Республики Беларусь (таблица 1).

Инструкция «Дезинфекция, предстерилизационная очистка и стерилизация изделий медицинского назначения» и дезинфекция физическими методами представлена в приложение 2.

Таблица 1 — Средства для дезинфекции

№	Наименование	Область применения
Препараты для дезинфекции инструментов		
1.	«Инкрасепт–10А», «КДИ» — комбинированные дезинфектанты инструментария.	Дезинфекция медицинstrumentария, лабораторного оборудования и посуды из различных материалов, замещение стерилизации термолабильной анестезиологической аппаратуры, жесткой и гибкой эндоскопической техники. Форма выпуска — концентрат. Рабочие растворы (0,25; 0,5; 1,0; 2,0 %) готовят путем смешивания концентрата с водопроводной водой. Длительность применения рабочих растворов — 16 суток.

Продолжение таблицы 1

№	Наименование	Область применения
2.	«Инклин П» — порошок для предстерилизационной очистки инструментов.	Для предстерилизационной очистки (ПСО) медицинский инструментария, лабораторного оборудования и посуды из стекла, фарфора, металла, резины, пластмасс, в т. ч. термолабильного анестезиологического оборудования и эндоскопов. Пригодно при использовании ультразвукового моющего оборудования. Длительность применения рабочих растворов — 1 рабочая смена.
Препараты для дезинфекции поверхностей		
3.	«КДП» — комбинированный дезинфектант поверхностей.	Дезинфекция помещений, оборудования, предметов ухода за больными, санитарного транспорта и др. в стационарах и поликлинических учреждениях. Дезинфекция высокого уровня. Проведение генеральных уборок. Форма выпуска — концентрат. Рабочие растворы (0,25; 0,5; 1,0; 2,0; 4,0 %) готовят путем смешивания концентрата с водопроводной водой. Длительность применения рабочих растворов — 16 суток.
4.	«Ультрацид» — дезинфектант поверхностей и оборудования.	Экстренная дезинфекция труднодоступных поверхностей в перевязочных, процедурных, операционных и родильных блоках, стоматологических и эндоскопических кабинетах. Готовый раствор.
5.	«Дескоцид», «Инкрасепт-10В» — дезинфектант поверхностей.	Дезинфекция с сильным моющим эффектом помещений, оборудования, предметов ухода за больными, санитарного транспорта и др. в стационарах и поликлинических учреждениях. Форма выпуска — концентрат. Рабочие растворы (0,25; 0,5; 0,75; 1,0; 2,0; 3,0; 4,0 %) готовят путем смешивания концентрата с водопроводной водой. Длительность применения рабочих растворов — 14 суток.
6.	«Дезавит-П» — комбинированный дезинфектант поверхностей	Дезинфекция помещений, оборудования, предметов ухода за больными, санитарного транспорта и др. в стационарах и поликлинических учреждениях. Дезинфекция высокого уровня. Проведение генеральных уборок. Форма выпуска — концентрат. Рабочие растворы (0,25; 0,5; 1,0; 2,0; 3,0; 4,0 %) готовят путем смешивания концентрата с водопроводной водой. Длительность применения рабочих растворов — 14 суток.
Препараты для дезинфекции инструментов и поверхностей		
7.	«Триацид» - дезинфектант инструментов и поверхностей.	Дезинфекция и ПСО сложных медицинских инструментов из различных материалов (стекло, фарфор, металл, резина, пластмасса). Дезинфекция поверхностей (профилактическая, текущая, заключительная). Содержит антикоррозийные добавки. Форма выпуска — концентрат. Рабочие растворы (0,1; 0,5; 1,0; 2,0; 3,0; 4,0 %) готовят путем смешивания концентрата с водопроводной водой. Длительность применения рабочих растворов — 7 суток.

Окончание таблицы 1

№	Наименование	Область применения
8.	«Гексадекон», «Полидез» — дезинфектант инструментов и поверхностей.	Дезинфекция, предстерилизационная очистка изделий медицинского назначения. Дезинфекция поверхностей (профилактическая, текущая, заключительная). Форма выпуска — концентрат. Рабочие растворы (0,25; 0,5; 1,0; 2,0; 2,5; 5,0 %) готовят путем смешивания концентрата с водопроводной водой. Длительность применения рабочих растворов — 15 суток.
9.	«Анасепт» — дезинфектант инструментов и поверхностей.	Дезинфекция, предстерилизационная очистка изделий медицинского назначения. Дезинфекция поверхностей (профилактическая, текущая, заключительная). Форма выпуска — концентрат. Рабочие растворы (0,5; 1,0; 2,0 %) готовят путем смешивания концентрата с водопроводной водой. Длительность применения рабочих растворов — 10 суток.
10.	«Хлормикс», «Хлорроdez», «Хлороцид», «Клоросепт» — хлорсодержащий дезинфектант поверхностей и инструментов	Дезинфекция поверхностей (профилактическая, текущая, заключительная), жидких выделений. Дезинфекция, предстерилизационная очистка изделий медицинского назначения. Форма выпуска — таблетки 2,7 г и гранулы с содержанием активного хлора 50–60 %. Рабочие растворы (содержание активного хлора 0,015; 0,03; 0,06; 0,1; 0,2; 0,3 %) готовят путем растворения таблеток или гранул в водопроводной воде. Длительность применения рабочих растворов — до 3 суток.
Антисептические средства для обработки рук, кожи и слизистых		
11.	«Мукосанин» — антисептик слизистых оболочек.	Готовый раствор на основе олигомеров бигуанида.
12.	«Септоцид Р+» — антисептик кожи рук.	Хирургическая и гигиеническая обработка рук. Готовый раствор.
13.	«Септоцид-Синерджи» — кожный антисептик.	Универсальный кожный антисептик для хирургической и гигиенической обработки рук и манипуляционного поля. Готовый раствор.
Антисептические средства для обработки рук, кожи и слизистых		
14.	«Аквин» — антисептик кожи и слизистых оболочек.	Универсальный кожный антисептик для хирургической и гигиенической обработки рук и манипуляционного поля, слизистых оболочек. Готовый раствор.
Препараты жидкого мыла с микростатическим эффектом		
15.	«Дермагент» — лосьон для ухода за кожей.	Для нейтрализации неблагоприятного воздействия на кожу рук медицинского персонала антисептических, дезинфицирующих и моющих средств. Содержит вещества, способствующие регенерации, смягчению и увлажнению кожи.
16.	«Дермагارد» — жидкое мыло с микростатическим эффектом.	Для мытья рук персонала. Для гигиенических ванн в гериатрии и педиатрии. Для ухода за кожей тела тяжелобольных.

РАЗДЕЛ IV. ХАРАКТЕРИСТИКА И МЕТОДИКА ВЫПОЛНЕНИЯ МАНИПУЛЯЦИЙ И ПРОЦЕДУР ПО УХОДУ ЗА ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ

Определение массы тела

Массу тела определяют при помощи медицинских весов. Эту процедуру следует всегда проводить в одних и тех же условиях: утром, натощак, после опорожнения кишечника и мочевого пузыря, причем больной должен быть в одном и том же белье.

Последовательность действий при определении массы тела:

- 1) откройте затвор, расположенный под панелью, и отрегулируйте весы винтом, находящимся на правой боковой стенке панели: уровень коромысла весов, на котором все гири находятся в «нулевом» положении, должен совпадать с контрольным пунктом, укрепленным на левой боковой панели весов;
- 2) закройте затвор и предложите больному осторожно встать в центр площадки на клеенку (без тапочек);
- 3) откройте затвор и передвигайте гири на планках коромысла влево до тех пор, пока оно не станет вровень с контрольным пунктом;
- 4) закройте затвор;
- 5) запишите данные измерения в температурный лист;
- 6) продезинфицируйте клеенку на площадке весов.

Определение роста

Рост измеряют с помощью ростомера.

Последовательность действий при измерении роста ростомером:

- 1) встаньте сбоку от ростомера и передвиньте передвигающуюся планку выше предполагаемого роста больного;
- 2) правильно поставьте больного на площадку: пятки, ягодицы и лопатки должны прикасаться к планке ростомера, а голова должна быть в таком положении, чтобы козелок уха и наружный угол глазницы находились на одной горизонтальной линии;
- 3) опустите планку ростомера на темя больному и определите по шкале количество сантиметров от исходного уровня до планки;
- 4) вычислите рост: к 100 см (расстояние от площадки до исходного уровня планки) прибавьте определенное расстояние.

Определение окружности и дыхательной экскурсии грудной клетки

Измерение окружности грудной клетки производят мягкой сантиметровой лентой, накладывая ее спереди по IV ребру, а сзади — по углу лопаток. При этом руки больного должны быть опущены, дыхание спокойное.

Дыхательную экскурсию грудной клетки определяют, измеряя ее окружность в положении вдоха и выдоха. Разница между показателями на вдохе и выдохе отражает экскурсию грудной клетки. При спокойном дыхании экскурсия грудной клетки не превышает 2–3 см, максимальная экскурсия грудной клетки составляет 7–8 см.

Подсчет числа дыхательных движений

Наблюдая за дыханием, необходимо определить *частоту, глубину, ритм* дыхательных движений и оценить *тип* дыхания.

В норме дыхательные движения ритмичны. Частота дыхательных движений у взрослого человека в покое составляет 16–20 в минуту, причем у женщин она на 2–4 дыхания больше, чем у мужчин. В положении лежа число дыханий обычно уменьшается (до 14–16 в минуту), а в вертикальном положении — увеличивается (18–20 в минуту). У тренированных людей и спортсменов частота дыхательных движений может уменьшаться и достигать 6–8 в минуту.

Наблюдение за дыханием следует проводить незаметно для больного, так как он может произвольно изменить частоту, глубину и ритм дыхания.

Чтобы определить частоту дыхательных движений, нужно взять больного за руку так, как для исследования пульса на лучевой артерии, чтобы отвлечь внимание больного, а другую руку положить на грудь (при грудном типе дыхания) или на эпигастральную область (при брюшном типе дыхания). Подсчитывают только число вдохов за минуту. Данные заносят в температурный лист (графа «Дыхание»).

Транспортировка больных на кресле-каталке, на носилках-каталке, вручную на носилках

Перекладывание тяжелобольного с кровати на носилки-каталку (носилки) производят 3 или 2 медицинских работника.

Последовательность действий при транспортировке больного на носилках-каталке или на носилках вручную:

1) поставьте каталку (носилки) перпендикулярно кушетке так, чтобы ее головной конец подходил к ножному концу кушетки;

2) все трое встаньте около больного с одной стороны: один подводит руки под голову и лопатки больного, второй — под таз и верхнюю часть бедер, третий — под середину бедер и голени;

3) подняв больного, вместе с ним повернитесь на 90° в сторону каталки (носилки);

4) уложите больного на каталку (носилки), укройте;

5) сообщите в отделение о том, что к ним направлен больной в тяжелом состоянии;

6) отправьте больного, его медицинскую карту в отделение в сопровождении медицинского работника;

7) в отделении: головной конец каталки (носилки) подведите к ножному концу кровати, вдвоем поднимите больного и, повернувшись на 90°, положите его на кровать.

Перекладывание больного может осуществляться и двумя медицинскими работниками: один держит голову, шею, верхнюю и нижнюю части груди больного, второй подводит руки под поясницу и бедра.

Если каталки под носилки нет, то 2–4 человека переносят носилки вручную. Нести больного на носилках следует без спешки и тряски. Вниз по лестнице следует нести больного ногами вперед, причем передний конец носилок слегка приподнят, а задний — несколько опущен. Таким образом достигается горизонтальное положение носилок. Вверх по лестнице больного несут головой вперед также в горизонтальном положении.

Последовательность действий медицинской сестры при транспортировке больного на кресле-каталке:

- 1) медицинская сестра наклоняет кресло-каталку вперед, наступив на подставку для ног;
- 2) попросите больного встать на подставку для ног, затем, поддерживая больного, усадите его в кресло;
- 3) опустите кресло-каталку в исходное положение;
- 4) следите, чтобы при транспортировке руки больного не выходили за пределы подлокотников кресла-каталки.

Виды положения больных.

Основные двигательные режимы больных

При многих заболеваниях отмечаются различные варианты положения больного: **активное** — больной произвольно, самостоятельно меняет позу, исходя из своих потребностей, даже если движения причиняют ему боль и другие неприятные ощущения; **пассивное** — больной неподвижен, из-за резкой слабости не может самостоятельно изменить свою позу, а также при бессознательном состоянии, при тяжелом поражении опорно-двигательного аппарата или нервной системы; **вынужденное** — больной принимает позу, облегчающую его состояние.

Положение больного отнюдь не всегда совпадает с назначенным больному двигательным режимом — **строгим постельным** (больному не разрешают даже поворачиваться в постели), **постельным** (можно поворачиваться в постели, не покидая ее), **полупостельным** (можно вставать, например, в туалет) и **общим** (без существенного ограничения двигательной активности).

Смена нательного и постельного белья тяжелобольному

Сменить постельное белье больному можно двумя способами (лучше это делать вдвоем).

Первый способ применяют в том случае, если больному разрешено поворачиваться в постели (постельный режим).

Последовательность действий:

- 1) чистую простыню скатайте по длине до половины;
- 2) поднимите голову больного и уберите из-под нее подушку;
- 3) подвиньте больного к краю кровати, повернув его на бок;
- 4) грязную простыню скатайте по всей длине по направлению к больному;
- 5) на освободившейся части постели расстелите чистую простыню;
- 6) поверните больного на спину, а затем на другой бок так, чтобы он оказался на чистой простыне;
- 7) уберите грязную простыню и расправьте чистую;
- 8) края простыни подверните под матрац.

Второй способ применяется обычно в том случае, если больному запрещены активные движения в постели (строгий постельный режим).

Последовательность действий:

- 1) чистую простыню полностью скатайте, как бинт, в поперечном направлении;
- 2) осторожно приподнимите верхнюю часть туловища больного, уберите подушки;
- 3) быстро скатайте грязную простыню со стороны изголовья кровати до поясницы, положив на освободившуюся часть кровати чистую простыню;
- 4) на чистую простыню положите подушку и опустите на нее голову больного;
- 5) приподнимая таз, а затем ноги больного, сдвиньте грязную простыню, продолжая расправлять чистую, опустите таз и ноги больного, заправьте края простыни под матрац.

Сменить рубашку можно следующим способом: приподняв верхнюю половину туловища больного, осторожно скатывают грязную рубашку до затылка и снимают ее через голову. Затем освобождают руки больного. Чистую рубашку надевают в обратном порядке.

Уход за кожей больного

Кожа выполняет несколько функций: защитную, аналитическую (кожная чувствительность), регуляторную, выделительную. Через кожу, ее потовые железы выделяются вода, мочевины, мочевая кислота, натрий, калий и другие вещества. В покое при нормальной температуре тела выделяется около 1 л пота в сутки, а у лихорадящих больных — до 10 л и более. На коже при испарении пота остаются продукты обмена, раздражающие кожу. Поэтому, кожа должна быть чистой, для чего следует чаще менять белье, протирать кожу одеколоном, 10 % спиртового раствора камфоры, дезинфицирующими салфетками или растворами (например, 1 стакан воды + 1 столовая ложка уксуса + 1 столовая ложка 10 % спиртового раствора камфоры), обтирать кожу сухим чистым полотенцем.

Особое внимание следует уделять состоянию кожи паховой области, подмышечных впадин, у женщин — области под молочными железами.

Кожа промежности требует ежедневного обмывания. Тяжелобольных следует подмывать после каждого акта дефекации, а при недержании мочи и кала — несколько раз в день во избежание мацерации и воспаления кожи в области паховых и промежностных складок. Женщин подмывают чаще.

Пролежни, их профилактика и лечение

Пролежень (лат. «*decubitus*», «син» — *декубитальная гангрена*) — омертвление (некроз) мягких тканей (кожи с вовлечением подкожной клетчатки, стенки полого органа или кровеносного сосуда и др.), возникающее вследствие ишемии, вызванной продолжительным непрерывным механическим давлением на них.

Пролежни появляются, чаще всего, на крестце, лопатках, пятках, локтях у тяжелобольных от длительного сдавления участка кожи и нарушения в нем кровообращения. Сначала появляются покраснение и болезненность, затем слущивается эпидермис (поверхностный слой кожи), образуются пузыри. При глубоких пролежнях обнажаются мышцы, сухожилия, надкостница. Развиваются омертвление и язвы, проникающие иногда до кости. Через поврежденную кожу проникает инфекция, что ведет к нагноению и заражению крови (сепсису).

Появление пролежней — свидетельство недостаточного ухода за больным!

При появлении локализованного участка покраснения кожи следует 2 раза в день протирать его 10 % спиртовым раствором камфоры, влажным полотенцем, облучать кварцевой лампой. Если образовались пролежни, необходимо смазать их 5 % раствором калия перманганата, наложить повязку с мазью Вишневского, линиментом синтомицина и др.

Меры по профилактике пролежней:

- каждые 1,5–2 ч следует менять положение больного;
- необходимо расправлять складки на постели и белье;
- следует протирать кожу дезинфицирующим раствором;
- нужно немедленно менять мокрое или загрязненное белье;
- следует использовать подкладные резиновые круги, помещенные в чехол или покрытые пелёнкой (круг подкладывают таким образом, чтобы место пролежня находилось над отверстием круга и не касалось постели), также используют специальные надувные матрасы с гофрированной поверхностью;
- необходимо своевременно умывать и подмывать больных.

В настоящее время для профилактики пролежней разработана так называемая противопролежневая система, представляющая собой специально сконструированный матрас. Благодаря автоматическому компрессору ячейки матраса заполняются воздухом каждые 5–10 мин, вследствие чего изменяется степень сдавления тканей больного. Массаж тканей путем из-

менения давления на поверхность тела пациента поддерживает в них нормальную микроциркуляцию крови, обеспечивая снабжение кожи и подкожной клетчатки питательными веществами и кислородом.

Уход за волосами больного

У больных, находящихся длительное время в постели, требуется постоянное наблюдение за волосами. Мужчин стригут коротко и раз в неделю проводят гигиеническую ванну с мытьем головы. Женщинам, имеющим длинные волосы, ежедневно расчесывают их густым гребешком, индивидуальным для каждой больной. Чужими расческами пользоваться категорически запрещается. Короткие волосы расчесывают от корней к концам, а длинные разделяют на параллельные пряди и медленно расчесывают от концов. Густой гребень, смоченный в растворе уксуса, хорошо вычесывает перхоть и грязь. Чтобы лучше промыть голову, следует применять различные шампуни, детское мыло или воду с примесью хны.

Если состояние больного позволяет, голову ему моют во время гигиенической ванны. Тяжелобольным голову моют в постели. Для этого ставят тазик у головного конца кровати, и больной запрокидывает голову таким образом, чтобы она оказалась над тазиком. Следует хорошо намылить кожу головы, затем волосы, ополоснуть их теплой водой, насухо вытереть и расчесать. После мытья на голову повязывают полотенце или косынку, чтобы избежать переохлаждения.

Ежедневно сестра следит за состоянием волосистой части головы больных и проводит профилактику педикулеза.

Санитарно-гигиенические мероприятия при педикулезе

Педикулез (вшивость) вызывается паразитами, живущими на коже человека и питающимися его кровью.

Заражение происходит при контакте с пораженным вшами больным.

Вшивость развивается при неблагоприятных санитарно-гигиенических условиях. Однако, педикулез может возникать и у вполне чистоплотных и благополучных граждан при контакте с больным человеком. Считается, что в распространении вшивости могут играть роль всплески солнечной активности, усиливающие рост и размножение паразитов, а также снижение общей иммунологической реактивности населения.

Группа вшей включает три вида, каждый из которых вызывает одно из проявлений педикулеза.

Головные вши (Pediculus humanus capitis)

Головная вошь — свидетельство гигиенического неблагополучия в коллективе, где она имеет возможность распространяться. Она живет на волосистой части головы, питается кровью и откладывает яйца, прикрепляя их к волосам, — это гниды, которые легко увидеть невооруженным

глазом. В течение 20–30 дней вошь откладывает до 10 яиц (гний) в день. Через 8–10 дней из гниды образуются личинки, превращающиеся затем во взрослую вошь, которая через 10–15 дней начинает сама откладывать яйца. Длительность жизни вши до 38 дней. Головные вши встречаются в любом возрасте, однако, чаще всего, они наблюдаются у девочек и у женщин. Заражение происходит через головные уборы, щетки для волос, расчески, а также при непосредственном контакте с больным. Вне хозяина головная вошь может прожить около 55 ч.

Заболевание характеризуется сильным зудом в месте укуса насекомого и раздражением, возникающим при действии секрета слюнных желез. Наиболее часто больных беспокоит зуд кожи головы, особенно в области затылка, висков и за ушными раковинами. В результате зуда появляются расчесы, корки, может присоединиться вторичная инфекция. При развитии пиодермии увеличиваются близлежащие лимфатические узлы. На месте расчесов появляются гнойные корочки. В тяжелых случаях образуется колтун — склеенная экссудатом масса спутанных волос, вшей, гний, корок.

Платяные вши (Pediculus humanus corporis или Pediculus humanus vestimenti)

Платяные вши являются переносчиками сыпного и возвратного тифов. Они паразитируют в местах соприкосновения складок и швов белья с телом. Чаще болевают неопрятные взрослые, реже — дети. Соприкасаясь с телом человека, платяная вошь переходит на кожу только для сосания крови. Живет и откладывает гниды платяная вошь в складках одежды и белья. На коже человека платяные вши обычно встречаются в области шеи, между лопатками и в области поясницы, в последующем в этих местах долго сохраняется вторичная светло-коричневая пигментация.

В местах укусов видны сосудистые пятна и зудящие папулоуртикарные элементы. При нарастании зуда появляются расчесы, может присоединиться вторичная инфекция. При длительном течении болезни в указанных местах развиваются участки утолщения кожи с расчесами, шелушением, светло-коричневой или грязно-серой окраской. После лечения остаются гиперпигментированные пятна.

Лобковые вши (Pediculus pubis)

Лобковые вши, встречающиеся обычно у взрослых, переносятся при половом контакте. Лобковая вшивость относится к инфекциям, передаваемым половым путем. Возможно заражение через общую постель, мочалку, полотенце, но этот путь передачи встречается редко.

Лобковая вошь — плоская — откладывает яйца у основания волос, а сама прикрепляется хоботком к устьям волосяных фолликулов обычно на коже лобка и мошонки, но может встречаться на животе и других участках кожи, покрытых волосами, особенно — щетинистыми (нередко встречается педикулез в области бровей, ресниц, усов, бороды, подмышечных ямок).

Лобковая вошь выглядит как серо-коричневая крупинка размером 1–2 мм, которая прикрепляется к основанию волоса, при этом ее ротовой аппарат погружен в кожу. Она сидит на одном месте несколько суток. Количество вшей невелико. Укусы лобковых вшей вызывают сильный зуд кожи и как следствие этого — расчесы. На местах укусов появляются округлые синевато-серые узелки диаметром от 3 мм до 1 см.

Обработка больных при выявлении педикулеза

Последовательность действий при выявлении педикулеза представлена в таблице 2.

Таблица 2 — Последовательность действий при педикулезе

Последовательность действий	Содержание и материальное обеспечение	Примечание
1. Выбрать необходимый инструментарий и инвентарь	Дезинфицирующее средство: (см. ниже); клеенчатая пелерина и косынка, пеленка, 10–15 % раствор уксусной кислоты, мыло или шампунь, густой гребень.	Не допускаются к работе с дезинфицирующими средствами беременные, лица, страдающие бронхиальной астмой, аллергическими заболеваниями и несовершеннолетние.
2. Положение больного	Больного усадить на стул возле хорошего источника света. Пол под стулом застилают бумагой или газетой. Плечи больного покрыть клеенчатой пелериной.	
3. Подготовка медицинского персонала.	1. Сменить халат или надеть клеенчатый фартук. 2. Волосы спрятать под косынку или колпак. 3. Надеть резиновые перчатки.	
4. Проведение манипуляции.	1. Нанести на волосистую часть головы один из дезинфицирующих растворов. Голову покрыть клеенчатой косынкой, а затем пеленкой. Выдержать 15–30 минут в зависимости от длины волос. 2. Вымыть голову с мылом или шампунем. 3. Смочить волосы 10–15 % раствором уксусной кислоты, подогретым до 30°. Покрыть косынкой и выдержать 15–20 минут. 4. Прополоскать волосы водой. 5. Гниды вычесать густым гребнем.	

Окончание таблицы 2

Последовательность действий	Содержание и материальное обеспечение	Примечание
5. Обработка инструментария.	Платок и одежда больного отправляются в дезкамеру. Гребень, клеенчатая пелерина и косынка замачиваются в 0,1 % р-ре хлормикса на 60 мин.	
6. Заключительный этап обработки больного.	После мытья больной ополаскивается и обтирается полотенцем, надевает больничное белье.	
7. Заключительная обработка ванной комнаты и предметов ухода.	Клеенки, клеенчатые подушки после больного следует протереть хлормиксом, вымыть горячей водой, щетки, мочалки опускают в посуду «для использованных предметов ухода» с последующей дезинфекцией и кипячением. Ванна моется и дезинфицируется после каждого больного.	Инвентарь для уборки ванной, предметы ухода за больным должны быть отдельными, маркированными, хранятся в посуде.

Средства для обработки завшивленных вещей***Карбофос***

Выпускается в виде 30 % концентрированной эмульсии. Применяется в виде 0,1 % и 0,15 % водной эмульсии. *Способ приготовления рабочих растворов:* для приготовления 10 л 0,1 % или такого же количества 0,15 % водной эмульсии карбофоса к 33 мл или 50 мл концентрированного препарата добавляют воду до 10 л в эмалированной посуде, перемешивают. *Способ применения:* мягкие вещи (натуральные, синтетические и искусственные ткани) в течение 20 минут замачивают в эмалированной посуде в 0,1 % водной эмульсии карбофоса; отжимают, прополаскивают, а затем стирают обычным способом. Норма расхода на 1 человека: 2,5 л на комплект нательного белья; 4–4,5 л на комплект постельного белья; 4–4,5 л на 1 кг сухих вещей.

Метил–ацетофос

Выпускается в виде 60 % водного раствора. Концентрированный раствор темно-бурого цвета со специфическим запахом. Применяется в виде 0,5 % водного раствора. *Способ приготовления рабочих растворов:* к 83 мл препарата добавляют воду (до 10 л), перемешивают. *Способ применения:* способ обработки мягких вещей аналогичен способу обработки эмульсией карбофоса; время замочки 30 минут; верхнюю одежду и постельные принадлежности орошают водным раствором препарата с помощью пульверизатора, ручных опрыскивателей или щеток, смоченных в растворе; затем вещи проветривают на открытом воздухе до исчезновения запаха.

Дикрезил

Выпускается в виде 30 % концентрированной эмульсии. Применяется в виде 0,25 % водной эмульсии. *Способ приготовления рабочих растворов:* к 83 мл препарата добавляют теплую воду до 10 л, перемешивают. *Способ применения* аналогичен способу применения карбофоса.

Концентрат мыльно-керосиновой эмульсии

Применяется в виде 20 % водной мыльно-керосиновой эмульсии.

Способ приготовления рабочих растворов: к 20 частям препарата добавляют 80 частей теплой воды.

Меры предосторожности при проведении антипедикулезных обработок

1. Препараты, рекомендуемые для уничтожения вшей, в рабочих концентрациях безопасны для персонала, проводящего санитарные обработки и для самих обрабатываемых лиц.

Неразведенные концентраты, эмульсии или технические препараты могут быть токсичны и, поэтому, при работе с ними следует соблюдать соответствующие меры предосторожности!

2. Расфасовку инсектицидов, приготовление их рабочих форм производят в вытяжном шкафу или на открытом воздухе; замочку вещей и последующую их стирку производят в хорошо проветриваемых помещениях или на открытом воздухе.

3. Лица, производящие расфасовку инсектицидов, приготовление рабочих эмульсий, растворов или других форм, замочку белья, обязаны пользоваться спецодеждой: халат, косынка, резиновые перчатки.

4. Обработку инсектицидами больных следует проводить в специально отведенном помещении (не более 3–4 человек на 10 м²) с хорошей принудительной вентиляцией при температуре не выше 23°C, а летом лучше на открытом воздухе.

5. Нельзя обрабатывать педикулицидами лиц, страдающих кожными заболеваниями с поврежденной кожей.

6. Посуду, использованную для приготовления различных форм или разведения инсектицидов, тщательно моют горячей водой с содой и мылом.

7. Категорически запрещается во время работы с инсектицидами курить, пить и принимать пищу.

8. Спецодежду после окончания обработок высушивают и проветривают на открытом воздухе или в специально отведенном помещении, хранят в специальном шкафу, стирают по мере загрязнения, но не реже 1 раза в неделю в мыльно-содовом растворе (50 г кальцинированной соды и 270 г мыла на ведро воды, расход 4,5 л/кг сухого белья).

9. Хранят инсектициды только в специально приспособленных помещениях, упакованными в плотную тару; порошковидные — в четырехслойных крафт-целлюлозных мешках, концентраты — в бочках, бидонах

или другой закрывающейся таре, не вступающей во взаимодействие с инсектицидом. На этикетке должно быть указано название препарата, дата приготовления, срок годности. В местах хранения дезсредств не должны находиться продукты питания, питьевая сода.

10. Лица, постоянно работающие с инсектицидами, проходят периодические медицинские осмотры.

Подача судна

Необходимое оснащение: судно, клеенка, ширма, дезинфицирующий раствор.

Последовательность действий:

Если у тяжелобольного возникает позыв на дефекацию или мочеиспускание, необходимо следующее:

- 1) отгородить ширмой от окружающих, подложить под таз больного клеенку;
- 2) ополоснуть судно теплой водой, оставив в нем немного воды;
- 3) левую руку подвести сбоку под крестец больного, помогая ему приподнять область таза (при этом его ноги должны быть согнуты в коленях);
- 4) правой рукой подвести судно под ягодицы больного, чтобы промежность оказалась над отверстием судна;
- 5) прикрыть больного одеялом и на время оставить его одного;
- 6) вылить содержимое судна в унитаз, ополоснув судно горячей водой;
- 7) подмыть больного, осушить промежность, убрать клеенку;
- 8) продезинфицировать судно дезинфицирующим раствором (замочить на 1 час в 0,1 % растворе «Хлормикс», затем сполоснуть под проточной водой и положить на стеллаж для хранения).

Резиновое судно применяют для ослабленных больных, а также при наличии пролежней, недержании кала и мочи. Для надувания этого судна (как и резинового круга) используют ножной насос. Не следует туго надувать судно, иначе оно будет оказывать на крестец значительное давление.

Применение мочеприемников, их дезинфекция и хранение

Прежде чем подать больному мочеприемник, его нужно ополоснуть теплой водой, а, вылив содержимое мочеприемника, вновь ополоснуть его теплой водой. Для удаления резкого аммиачного запаха мочи можно ополоснуть мочеприемник слабым раствором хлористоводородной кислоты. После использования мочеприемник погружается в хлорсодержащий дезинфицирующий раствор на 1 час, затем ополаскивается под проточной водой для удаления остатков дезинфектанта, высушивается и хранится в специальном помещении.

Подмывание больного

Кожа промежности требует ежедневного обмывания. Тяжелобольных следует подмывать после каждого акта дефекации и мочеиспускания, а

также несколько раз в день при недержании мочи или кала, так как в противном случае в области паховых складок и промежности возможны мацерация и воспаление кожи.

Необходимое оснащение: кувшин с теплым (30–35°C) слабым раствором калия перманганата (антисептическое средство) или водой, корнцанг, салфетка, клеенка, судно.

Последовательность действий:

- 1) помогите больной лечь на спину (ноги должны быть слегка согнуты в коленях и разведены);
- 2) постелите клеенку и поставьте на нее судно;
- 3) станьте справа от больной и, держа кувшин в левой руке, а корнцанг с салфеткой в правой, лейте антисептический раствор на половые органы, а салфеткой производите движения от половых органов к заднепроходному отверстию, т. е. сверху вниз;
- 4) сухой салфеткой осушите кожу промежности в том же направлении;
- 5) уберите судно и клеенку.

**Раздача пищи больным, находящимся на общем двигательном режиме.
Кормление тяжелых и ослабленных больных**

Раздача пищи осуществляется буфетчицей и палатной медицинской сестрой в соответствии с данными палатного порционника (таблица 3).

Таблица 3 — Образец палатного порционника

№ палаты	Ф.И.О. больного	Диета	Индивидуальная диета
205	Петров И.Г. Николаев С.Н. Соколов Н.И.	№ Н № П	Молочная диета

Больные, которым разрешено ходить, принимают пищу в столовой. Находящимся на постельном режиме больным буфетчица и палатная медицинская сестра доставляют пищу в палату. Перед раздачей пищи они должны надеть халат, маркированный «Для раздачи пищи».

Для кормления больных, находящихся на постельном режиме, используют надкроватные столики. Шею и грудь больного следует накрыть салфеткой, а также освободить место на тумбочке или на надкроватном столике.

Для дачи жидкой пищи можно пользоваться специальным поильником, а полужидкую пищу можно давать ложкой. Не следует разрешать больному разговаривать во время еды, т.к. при этом пища может попасть в дыхательные пути.

Не нужно оставлять на тумбочке у постели больного оставшуюся пищу. Через 20–30 минут после раздачи пищи следует собрать грязную посуду.

Измерение температуры тела и регистрация данных измерения в температурном листе

Термометрия — измерение температуры тела. Как правило, термометрию проводят дважды в сутки — утром натощак (в 7–8 ч утра) и вечером перед последним приёмом пищи (в 17–18 ч). По специальным показаниям температуру тела можно измерять каждые 2–3 ч (температурный профиль).

Места измерения температуры тела

- подмышечные впадины;
- полость рта (термометр помещают под язык);
- паховые складки (у детей);
- прямая кишка (как правило, у тяжелобольных; температура в прямой кишке обычно на 0,5–1°C выше, чем в подмышечной впадине).

Измерение температуры тела в подмышечной впадине

Необходимое оснащение: максимальный медицинский термометр, емкость с дезинфицирующим раствором (0,1 % «Хлормикс» (экспозиция 60 минут) или 0,1 % «Хлороцид» (экспозиция 60 минут)), индивидуальная салфетка, температурный лист.

Последовательность действий

1. Протрите насухо подмышечную область больного (влажная кожа искажает показания термометрии).
2. Осмотрите подмышечную область: при наличии гиперемии, местных воспалительных процессов нельзя проводить измерение температуры (показания термометра будут выше, чем температура всего тела).
3. Вынуть термометр из стакана с дезинфицирующим раствором. После дезинфекции термометр следует ополоснуть проточной водой и тщательно вытереть насухо.
4. Встряхнуть термометр таким образом, чтобы ртутный столбик опустился до отметки ниже 35°C.
5. Поместить термометр в подмышечную впадину таким образом, чтобы ртутный резервуар со всех сторон соприкасался с телом пациента; попросить больного плотно прижать плечо к грудной клетке (при необходимости медицинский работник должен помочь больному удерживать руку).
6. Вынуть термометр через 10 минут, снять показания.
7. Встряхнуть ртуть в термометре до отметки ниже 35°C.
8. Поместить термометр в емкость с дезинфицирующим раствором.
9. Зафиксировать показания термометра в температурном листе.

Регистрация результатов термометрии

Измеренную температуру тела необходимо зафиксировать в журнале учета на посту медицинской сестры, а также в температурном листе истории болезни пациента.

В температурный лист, предназначенный для ежедневного контроля за состоянием больного, заносят данные термометрии, а также результаты измерения частоты дыхательных движений (ЧДД) в цифровом виде, пульса и артериального давления (АД), массы тела (каждые 7–10 дней), количества выпитой за сутки жидкости и количества выделенной за сутки мочи (в миллилитрах), а также наличие стула (знаком «+»).

На температурном листе по оси абсцисс (по горизонтали) отмечают дни, каждый из которых разделен на два столбика — «у» (утро) и «в» (вечер). По оси ординат (по вертикали) имеется несколько шкал — для температурной кривой («Т»), кривой пульса («П») и АД («АД»). В шкале «Т» каждое деление сетки по оси ординат составляет 0,2°C. Температуру тела отмечают точками (синим или черным цветом), после соединения которых прямыми линиями получается так называемая температурная кривая. Ее тип имеет диагностическое значение при ряде заболеваний.

У здорового человека температура тела может колебаться от 36 до 37°C, причем утром она обычно ниже, вечером — выше.

Ситуации, при которых возможно получение ошибочных термометрических данных, следующие:

- Медицинская сестра забыла встряхнуть термометр.
- У больного приложена грелка к руке, на которой измеряется температура тела.
- Измерение температуры тела проводилось у тяжелобольного, и он недостаточно плотно прижимал термометр к телу.
- Резервуар с ртутью находился вне подмышечной области.
- Симуляция больным повышенной температуры тела.

Дезинфекция и хранение медицинских термометров

Правила дезинфекции и хранения медицинских термометров

1. Промыть термометры проточной водой.
2. Подготовить емкость (стакан) из темного стекла, уложив на дно вату (чтобы не разбивался резервуар с ртутью) и налить дезинфицирующий раствор (0,1 % «Хлормикс» (экспозиция 60 минут) или 0,1 % «Хлороцид» (экспозиция 60 минут)).
3. Уложить термометры на 60 мин в подготовленную емкость.
4. Вынуть термометры, ополоснуть проточной водой, вытереть насухо.
5. Уложить обработанные термометры в другую емкость, также заполненную дезинфицирующим раствором с маркировкой «Чистые термометры».

Допускается дезинфекция термометров и другими способами.

В связи с тем, что у больных наблюдаются кожные аллергические реакции при контакте с хлорсодержащими дезинфектантами, после дезинфекции следует обязательно ополоснуть термометр под проточной водой.

Приготовление и подача грелки

Механизм действия: грелка вызывает рефлекторное расслабление гладкой мускулатуры, усиление кровенаполнения внутренних органов, оказывает болеутоляющее и рассасывающее действие.

Показания:

- 1) согревание отдельных участков и всего тела;
- 2) снятие боли спастического характера при хронических заболеваниях органов брюшной полости;
- 3) гипертонический криз;
- 4) для ускорения разрешения некоторых воспалительных процессов.

Противопоказания:

- 1) острые воспалительные процессы в брюшной полости;
- 2) первые сутки после ушиба;
- 3) повреждения кожи;
- 4) кровотечения;
- 5) инфицированные раны;
- 6) злокачественные новообразования.

Последовательность действий

Грелку заполняют теплой водой на 2/3 объема, затем вытесняют из нее воздух, завинчивают пробку и, перевернув горловиной вниз, проверяют на герметичность.

Прежде чем подать грелку больному, ее нужно обернуть полотенцем. Через 5 минут следует проверить, нет ли признаков перегревания тканей (яркая гиперемия). Если грелка применяется длительно (несколько часов), на кожу наносят вазелин, а воду по мере охлаждения меняют.

Приготовление и подача пузыря со льдом

Механизм действия. Действие холода обусловлено сужением кровеносных сосудов кожи и более глубоко расположенных органов и тканей, а также снижением чувствительности нервных рецепторов.

Показания:

- 1) кровотечения;
- 2) острые воспалительные процессы в брюшной полости;
- 3) ушибы (первые сутки);
- 4) высокая лихорадка;
- 5) послеоперационный период (на область послеоперационной раны).

Последовательность действий

Пузырь заполняют мелко наколотыми кусочками льда, вытесняют воздух, плотно завинчивают крышку и, обернув полотенцем, подают больному.

Нельзя замораживать воду, налитую в пузырь, так как большая поверхность образовавшегося конгломерата может привести к переохлаждению или отморожению.

По мере таяния льда воду можно сливать, а кусочки льда добавлять. Пузырь можно держать длительно, но через каждые 20–30 минут обязательно снимать на 10–15 минут.

Подсчет и оценка свойств пульса на лучевой артерии

Артериальный пульс — это ритмичные колебания стенок артерий, обусловленные выбросом крови в артериальную систему.

Пульс обычно исследуется на лучевой артерии. Для этого необходимо пальцами правой руки обхватить кисть пациента в области лучезапястного сустава. Первый палец располагают на тыльной стороне предплечья, а II–IV пальцами нащупывают пульсирующую лучевую артерию и прижимают ее к лучевой кости.

Различают следующие **основные свойства пульса**: ритм, частоту, напряжение, наполнение, величину, форму.

Ритм определяют по интервалам между пульсовыми волнами. Если эти интервалы равны, то пульс *ритмичный*. При нарушениях ритма возникает *неритмичный* пульс.

Частоту пульса подсчитывают в течение одной минуты. В норме частота пульса 60–90 в минуту. При учащении сердечных сокращений (тахикардия) выявляется *частый* пульс, а при замедлении сердечного ритма (брадикардия) пульс *редкий*.

Напряжение пульса определяют по той силе, с которой нужно прижать лучевую артерию, чтобы полностью прекратить ее колебания. Напряжение напрямую зависит от величины артериального давления. В норме артерия сдавливается при умеренном усилии (пульс *умеренного напряжения*). При высоком давлении артерию сжать труднее — пульс *напряженный*, или *твердый*. При низком давлении артерия легко сжимается — пульс *мягкий*.

Наполнение характеризуется наполнением артерии кровью и зависит от величины сердечного выброса, а также от общего количества циркулирующей крови. В норме пульс *полный*. При снижении сердечного выброса, кровопотере — пульс *пустой*.

Величина пульса зависит от напряжения и наполнения. Пульс хорошего наполнения и напряжения называется *большим*, слабого — *малым*. Если пульс определяется с трудом, то он называется *нитевидным*.

Форма пульсовой волны — это кривая пульса, которая поднимается и опускается более или менее круто в зависимости от скорости сокращения и расслабления артерии. По форме различают *нормальный*, *скорый* и *медленный* пульс.

Измерение артериального давления

Артериальное давление (АД) — это давление, которое кровь, находящаяся в артерии, оказывает на ее стенку.

Артериальное давление, чаще всего, определяют методом Короткова. Для этого используют тонометры, состоящие из манжетки с текстильной застежкой,

резиновой груши и манометра. Измерение проводят в положении больного сидя и (или) лежа после 15 минут отдыха. Накануне измерения больной не должен принимать препараты, влияющие на артериальное давление, употреблять алкоголь или никотин, поскольку в этом случае результат будет не достоверным.

Последовательность действий

Положение больного. При измерении артериального давления в положении сидя спина больного должна опираться на спинку стула, ступни должны находиться на полу, ноги не скрещены. Больной должен сидеть на стуле рядом со столом, на котором удобно лежит рука.

Положение манжеты тонометра. Середина манжеты, наложенной на плечо пациента, должна находиться на уровне IV межреберья в положении пациента сидя или на уровне средней подмышечной линии в положении лежа (т. е. на уровне сердца). Если манжета расположена ниже уровня сердца, артериальное давление завышается, если выше — занижается. Нижний край манжетки должен находиться на 2,5 см выше локтевого сгиба, между манжетой и поверхностью плеча пациента должен проходить палец. Манжета накладывается на обнаженную руку — при измерении артериального давления через одежду показатели завышаются.

Размер манжеты подбирается индивидуальный. Манжета тонометра должна охватывать не менее 80 % окружности плеча пациента и не менее 40 % длины плеча. При слишком узкой манжете результаты измерения артериального давления завышаются, при слишком широкой — занижаются. Обычно стандартная манжета для взрослых имеет внутреннюю пневматическую камеру шириной 13–15 см, длиной 30–35 см.

Нагнетание воздуха в манжету и его выпускание. Воздух в манжету следует нагнетать быстро, на 30 мм рт. ст. в 1 с до появления тонов Короткова, а затем со скоростью 2 мм рт. ст. от удара к удару. Выпускают воздух манжеты медленно, со скоростью 2 мм рт. ст. в секунду.

Положение стетоскопа. Стетоскоп должен плотно прилегать (но без сдавления!) к поверхности плеча в месте наиболее выраженной пульсации плечевой артерии у внутреннего края локтевого сгиба. Врач должен вначале пальпаторно четко обнаружить место максимальной пульсации локтевой артерии и затем установить стетоскоп в этом месте.

Определение систолического и диастолического артериального давления. Момент появления первого из по крайней мере двух последовательных тонов определяется как систолическое артериальное давление. Уровень давления на шкале тонометра, при котором исчезает последний отчетливый тон соответствует диастолическому артериальному давлению.

Выбор руки пациента для измерения артериального давления. При первом посещении пациентом врача измерение артериального давления следует производить на обеих руках. В последующем артериальное давление измеряется на руке с более высокими его показателями.

Повторные измерения артериального давления во время одного и того же визита и интервалы между измерениями. Измерять артериальное давление следует 2–3 раза с интервалом 2 минуты. Это обусловлено тем, что уровень артериального давления колеблется от минуты к минуте. Рекомендуется ориентироваться на среднее значение 2–3 измерений артериального давления, выполненных на одной и той же руке.

Данные измерения, округленные до 0 или 5, запишите в виде дроби (например, 120/75 мм рт. ст.).

Нормальное артериальное давление: систолическое — 100–139 мм рт. ст., диастолическое — 60–89 мм рт. ст. Современная классификация уровней АД приведена в таблице 4.

Таблица 4 — Классификация уровней АД (мм. рт. ст.) (ЕОГ/ЕОК, 2003, ВОЗ, 1999)

Категории АД	Систолическое АД (мм рт.ст.)	Диастолическое АД (мм рт.ст.)
Оптимальное АД	<120	<80
Нормальное АД	120–129	80–84
Высокое нормальное АД	130–139	85–89
Гипертензия 1-й степени тяжести	140–159	90–99
Гипертензия 2-й степени тяжести	160–179	100–109
Гипертензия 3-й степени тяжести	>180	>110
Изолированная систолическая гипертензия	>140	<90

Примечание. 1. Если уровни систолического и диастолического АД соответствуют разным категориям, по уровню АД данного человека относят к более высокой категории.

2. При изолированной систолической гипертензии можно также выделить три степени тяжести в зависимости от уровня систолического АД, учитывая диастолическое АД меньше 90 мм рт. ст.

3. Приведенная классификация уровней АД применима лишь к лицам, которые не получают антигипертензивных препаратов. Как классифицировать больных АГ, которые получают антигипертензивные препараты, эксперты ЕОГ–ЕОК, к сожалению, не указывают.

Обработка, дезинфекция и хранение зондов для зондирования желудка и двенадцатиперстной кишки

После применения зонды для желудочного и дуоденального зондирования механически очищаются под проточной водой, затем подвергаются дезинфекции путем погружения в один из дезинфицирующих растворов («Анасепт», «Хлордез» и т. д.) на 1 час, затем зонды подвергаются предстерилизационной очистке, высушиваются, заворачиваются в марлевую салфетку и стерилизуются в автоклаве по щадящему режиму.

Обработка, дезинфекция и хранение плевательниц

Мокрота, особенно больных туберкулезом, может служить источником заражения, поэтому больной должен соблюдать правила личной ги-

гиены. Для сбора мокроты больному выдают индивидуальную карманную плевательницу (широкогорлый градуированный сосуд с плотно завинчивающейся металлической крышкой). Для дезинфекции мокроты больному подают плевательницу, на $\frac{1}{4}$ объема заполненную раствором хлордеза или раствором «Хлормикс». Мокроту больных спускают в канализационную сеть, а в туберкулезных больницах сжигают в специальных печах. Карманную плевательницу следует опорожнять ежедневно, промывать горячей водой и кипятить в 2 % растворе натрия гидрокарбоната в течение 30 минут.

Обработка, дезинфекция и хранение систем для постановки клизм, газоотводных трубок

Резиновые изделия и наконечники для постановки клизм после использования нужно на 30 минут погрузить в отдельные, специально маркированные емкости, содержащие дезинфицирующий (0,1 % раствор «Хлороцида») или антисептический раствор для обработки медицинструментария («КДИ», «Триацид»), затем промыть проточной водой и прокипятить в течение 30 минут. Хранить газоотводные трубки и наконечники следует в чистой сухой маркированной посуде: «Чистые газоотводные трубки», «Чистые наконечники для клизм».

Проведение искусственной вентиляции легких и непрямого массажа сердца

Показанием к реанимации является клиническая смерть, т.е. состояние, при котором возможно возвращение больного к жизни без каких-либо последствий для его психического и физического здоровья.

Признаки клинической смерти:

- 1) отсутствие пульса на сонной артерии;
- 2) артериальное давление не определяется;
- 3) отсутствует дыхание;
- 4) зрачки расширены, не реагируют на свет.

Клиническая смерть длится не более 5–6 минут, после чего наступает биологическая смерть, при которой происходит отмирание клеток коры головного мозга.

Признаки (явные) биологической смерти:

- 1) помутнение роговицы, размягчение глазного яблока;
- 2) снижение температуры тела до температуры окружающей среды;
- 3) трупные пятна;
- 4) трупное окоченение.

Прежде чем приступать к реанимации, необходимо достоверно диагностировать состояние клинической смерти.

Различают *три основных этапа реанимации: А, В и С.*

А–Airway open — открытие дыхательных путей.

Необходимо убедиться в отсутствии препятствий для прохождения воздуха в легкие. Для этого ротовую полость очищают от слюны, слизи, рвотных масс, инородных предметов и т. д. ручным способом (пальцем, салфеткой). Встав справа от больного, подкладывают под шею правую руку и приподнимают шею, запрокидывая голову (при этом открываются дыхательные пути).

B–Brithing — дыхание.

Удерживая голову, большим и указательным пальцами левой руки зажимают нос больному, надавливая ребром ладони на лоб. Правой рукой открывают рот, затем кладут на него салфетку. Глубоко вдохнув, плотно прижимают рот ко рту больного, делают энергичный выдох. Дыхание должно быть ритмичным, 16–20 раз в минуту.

C–Circulation — восстановление циркуляции крови.

Встав сбоку от больного, основание левой ладони располагают на нижней трети грудины, правую ладонь — на тыле левой. Производят сильные, но не слишком резкие ритмичные надавливания на грудину с целью сжатия сердца между грудиной и позвоночником. Руки при этом должны быть максимально разогнуты во всех суставах (работают только мышцы спины). Частота — 60–70 нажатий в минуту.

Если реанимацию проводит один человек, то соотношение нажатий к «вдохам» должно составлять 15:2, если двое — 5:1.

Если через 30–40 минут от начала реанимации не восстановились дыхание и сердечная деятельность, констатируется биологическая смерть.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Гребенев, А. Л.* Основы общего ухода за больными: учеб. пособие / А. Л. Гребенев, А. А. Шептулин. — М.: Медицина, 1991. — 256 с.
2. *Мурашко, В. В.* Общий уход за больными: учеб. пособие / В. В. Мурашко, Е. Г. Шуганов, А. В. Панченко. — М.: Медицина, 1998. — 224 с.
3. *Мухина, С. А.* Общий уход за больными / С. А. Мухина, И. И. Тарновская. — М.: Медицина, 1989. — 326 с.
4. Общий уход за больными и основные манипуляции среднего медицинского персонала: Учебно-методическое пособие / Под ред. Н. Е. Федорова. — Витебск, 2000. — 87 с.
5. Справочник медицинской сестры по уходу. / Под ред. Н. Р. Палеева. — Медицина, 1989. — 25 с.
6. *Юпатов, Г. И.* Общий уход за больными (терапия): Учебное пособие / Г. И. Юпатов, Э. А. Доценко, В. В. Олышанникова. — Витебск, 2007. — 191 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»

Медико-диагностический факультет

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

ДНЕВНИК

производственной сестринской практики
по терапии

студента (ки) II курса _____ группы

Фамилия, имя, отчество

(Место прохождения практики)

Время прохождения производственной сестринской практики

с «_____» _____ г.

по «_____» _____ г.

Дата сдачи зачета «___» _____ 20__ г.

Результат _____

Преподаватель _____
Подпись _____ Ф.И.О.

Гомель 2010

Продолжение приложения 1

Правила оформления дневника

1. Заполняются все разделы и графы дневника.
2. Оформление документов должно производиться разборчивым подчерком.
3. По каждому разделу производственной практики (терапия, хирургия, клиническая лабораторная диагностика) заполняются дневник и отчет. Дополнительные листы дневника могут быть оформлены студентом по образцу в виде вставки.
4. В дневнике студент ежедневно отражает всю работу, выполненную им в течение рабочего дня. Дневник обязательно должен давать ясное представление о степени самостоятельности студента при выполнении им той или иной работы. Все записи за день должны быть заверены старшей медицинской сестрой отделения или непосредственным руководителем практики.
5. Необходимо полностью заполнить все отчетные разделы дневника, перечислив в них самостоятельно выполненные диагностические и лечебные манипуляции, лабораторные методы исследования и т. д.
6. Дневник студента ежедневно проверяется и подписывается непосредственным руководителем производственной практики в учреждении здравоохранения, который по окончании цикла дает краткую характеристику работы студента, уровня его теоретических знаний, исполнительности, соблюдения деонтологии. Подпись руководителя производственной практики в учреждении здравоохранения заверяется печатью учреждения.
7. В заключительном разделе дневника руководитель производственной практики факультета дает краткую характеристику выполненной студентом работы, степени освоения им практических навыков, высказывает пожелания в отношении дальнейшего совершенствования профессиональных качеств студента.
8. Дневник и отчет по производственной практике, оформленные в соответствии с данными правилами, являются основанием для допуска студента к зачету, по результатам которого ассистентом — руководителем производственной практики вносится соответствующая запись в дневник по учебной практике, в зачетную книжку и зачетную ведомость.

Продолжение приложения 1

Характеристика отделения терапевтического профиля, на базе которого проходила производственная практика

1. Наименование базового лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) _____

2. Наименование отделения ЛПУ _____

3. Количество коек в отделении _____

4. Количество медсестринских постов в отделении _____

5. Штатный состав сотрудников отделения (количество): _____

— заведующий отделением _____

— врачи-ординаторы _____

— средний медицинский персонал _____

— младший медицинский персонал _____

6. Структура отделения:

— кабинет заведующего отделением _____

— ординаторская _____

— кабинет старшей медсестры _____

— количество палат _____

— процедурные кабинеты _____

— туалеты _____

— ванны (душевые) комнаты _____

— другие помещения (указать название, количество) _____

Продолжение приложения 1

Образец заполнения дневника

Дата, время	Содержание выполненной работы	Примечания
26.07.10 8.00–8.15	Работа в приемном отделении Присутствие на утренней планерке отделения.	
8.15–10.00	Проводил влажную уборку санпропускника и смотровых комнат.	
10.00–12.00	Произвел санитарную обработку 5 больных (указать ФИО больных и номер истории болезни).	
12.00–14.00	Транспортировал на каталке 6 больных в кардиологическое и терапевтическое отделения.	
14.00–14.40	Измерял артериальное давление и производил подсчет пульса 10 больным.	
14.40–15.10	Заполнение дневника, проверка дневника старшей медицинской сестрой отделения. Студент _____ Иванов И.И. подпись Старшая медсестра _____ Петрова П.П. подпись	
27.07.10 8.00–8.20	Работа в терапевтическом отделении Присутствие на утренней планерке отделения.	
8.20–10.20	Проводил влажную уборку с применением 0,1 % раствора «Хлормикс» 5 палат, коридора, процедурного кабинета.	
10.20–11.20	Производил смену нательного белья 1 больному, постельного белья 7 больным.	
11.20–13.00	Транспортировал на кресле — каталке 3 больных в рентгенологический кабинет, 2 больных на УЗИ внутренних органов.	
13.00–13.30	Производил кормление 1 тяжелобольного.	
13.30–14.40	Измерял АД 5 больным, температуру тела 4 больным.	
14.40–15.10	Оформление дневника, проверка дневника старшей медицинской сестрой.	

Продолжение приложения 1

Дневник производственной практики

Дата, время	Содержание выполненной работы	Примечания

Продолжение приложения 1

ОТЧЕТ О ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКЕ ПО ТЕРАПИИ

Ф.И.О. студента _____
 _____ курс _____ группа _____
 факультет _____

№ п/п	Наименование манипуляций и процедур	Минимум	Выполнено
1	2	3	4
1. Работа в приемном отделении			
1	Санитарная обработка больных	5	
2	Антропометрические измерения (рост, масса тела)	5	
3	Транспортировка больных (на каталке, носилках)	3	
4	Влажная уборка помещений, обработка оборудования с использованием антисептических средств	2	
2. Работа в терапевтическом отделении			
5	Влажная уборка палат и других помещений с использованием антисептических средств	10	
6	Смена постельного белья	10	
7	Смена нательного белья	10	
8	Туалет кожи туловища, промежности	5	
9	Туалет лица	5	
10	Туалет волос и расчесывание больных	5	
11	Кормление больных	15	
12	Измерение температуры тела	15	
13	Измерение частоты дыхания	10	
14	Измерение частоты пульса	10	
15	Измерение артериального давления	10	
16	Применение подкладных суден, мочеприемников, их дезинфекция	10	
17	Обработка и дезинфекция наконечников систем для постановки клизм, плевательниц	5	
18	Участие в реанимационных мероприятиях (искусственное дыхание и непрямой массаж сердца)	1	

Студент

Старшая медицинская сестра

подпись

подпись

Ф.И.О.

Ф.И.О.

Окончание приложения 1

ХАРАКТЕРИСТИКА работы студента в период производственной практики

Главный врач лечебного учреждения _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Непосредственный руководитель практики _____
(должность)

(подпись) (Ф.И.О.)

Преподаватель ВУЗа _____
(подпись) (Ф.И.О.)

М.П. « ____ » _____ 20__ г.

ИНСТРУКЦИЯ

«Дезинфекция, предстерилизационная очистка и стерилизация изделий
медицинского назначения»

(утверждена приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь
от 25 ноября 2002 г. № 165)

1. Общие положения

1.1. Дезинфекция, предстерилизационная очистка (ПСО) и стерилизация изделий медицинского назначения (далее изделия) производятся с целью профилактики внутрибольничных инфекций у пациентов и персонала лечебных учреждений.

1.2. Дезинфекцию изделий (на поверхностях, а также в их каналах и полостях) проводят с целью уничтожения патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, вирусов (в том числе возбудителей парентеральных вирусных гепатитов, ВИЧ-инфекции), вегетативных бактерий (включая микобактерии туберкулеза), грибов (включая грибы рода кандиды).

Дезинфекции подлежат все изделия после применения их у пациентов. После дезинфекции изделия промывают водопроводной водой, высушивают и применяют по назначению или (при наличии показаний) подвергают предстерилизационной очистке и стерилизации.

1.3. Стерилизацию изделий проводят с целью уничтожения микроорганизмов всех видов, в том числе споровых форм. Стерилизации подлежат все изделия, соприкасающиеся с раневой поверхностью, контактирующие с кровью в организме пациента или вводимой в него, инъекционными препаратами, а также изделия, которые в процессе эксплуатации контактируют со слизистой оболочкой и могут вызвать ее повреждение.

1.4. Изделия многократного применения, подлежащие стерилизации, перед стерилизацией подвергаются ПСО. ПСО проводят с целью удаления с изделий белковых, жировых и механических загрязнений, а также лекарственных препаратов.

1.5. В качестве средств дезинфекции, ПСО и стерилизации в Республике Беларусь используются только разрешенные в установленном порядке физические и химические средства.

1.6. При выборе средств следует учитывать рекомендации изготовителей изделий, касающиеся воздействия конкретных средств на материалы этих изделий (из числа разрешенных в Республике для данной цели).

При проведении дезинфекции, ПСО и стерилизации допускается использование оборудования (установки, моечные машины, стерилизаторы и др.), разрешенные в установленном порядке к промышленному выпуску и

применению (в случае импортного оборудования – разрешенного к применению) в Республике Беларусь.

1.7. Емкости с растворами дезинфицирующих, моющих и стерилизующих средств должны быть изготовлены из коррозионностойких материалов, снабжены перфорированными поддонами и плотно закрывающимися крышками, иметь четкие надписи с указанием названия средства, его концентрации, даты приготовления (для готовых к применению средств, разрешенных для многократного использования, указывают дату начала использования средства).

1.8. Рекомендации по дезинфекции, ПСО и стерилизации сложных по конструкции изделий (эндоскопы, медицинские инструменты к гибким эндоскопам и др.), а также дополнительные сведения, касающиеся различных аспектов указанных видов обработки изделий, более подробно изложены в официальных инструктивно-методических документах.

2. Дезинфекция изделий медицинского назначения

2.1. Дезинфекцию изделий осуществляют физическим (кипячение, водяной насыщенный пар под избыточным давлением, сухой горячий воздух) и химическим (использование растворов химических средств) методами. Выбор дезинфекции зависит от особенностей изделия.

2.2. Физический метод дезинфекции наиболее надежен, экологически чист и безопасен для персонала. В тех случаях, когда позволяют условия (оборудование, номенклатура изделий и т. д.), при проведении дезинфекции следует отдавать предпочтение данному методу.

2.3. Дезинфекцию с использованием физического метода выполняют:
— способом кипячения в дистиллированной воде или в воде с добавлением натрия двууглекислого (сода пищевая);
— паровым методом в паровом стерилизаторе (автоклаве);
— воздушным методом в воздушном стерилизаторе (сухожаровом шкафу).

2.3.1. Дезинфекции способом кипячения подвергают изделия из стекла, металлов, термостойких полимерных материалов и резины. Перед кипячением изделия очищают от органических загрязнений (кровь, слизь и др.), промывая водопроводной водой и соблюдая при этом меры безопасности при работе с биологическими жидкостями. Отсчет времени дезинфекционной выдержки начинают с момента закипания воды.

2.3.2. Паровым методом дезинфицируют изделия из стекла, металлов, резины, латекса, термостойких полимерных материалов. Предварительная очистка изделий не требуется. Их складывают в стерилизационные коробки и помещают в паровой стерилизатор. Дезинфекция осуществляется воздействием водяного насыщенного пара под избыточным давлением.

2.3.3. Дезинфекцию воздушным методом осуществляют изделия из стекла, металлов, силиконовой резины и проводят в открытом виде на пол-

ках воздушного стерилизатора. Этим методом можно дезинфицировать только изделия, не загрязненные органическими веществами (ввиду их пригорания к поверхности изделий). Режимы дезинфекции физическим методом представлены в таблице.

2.4. Химический метод дезинфекции является наиболее распространенным и общепринятым методом обеззараживания изделий медицинского назначения в учреждениях здравоохранения. Дезинфекцию с использованием химических средств проводят способом погружения изделий в раствор сразу после применения, не допуская их подсушивания. Разъемные изделия дезинфицируют в разобранном виде. Каналы и полости изделий заполняют дезинфицирующим раствором.

При видимом загрязнении изделий медицинского назначения биологическими субстратами во избежание снижения эффективности действия рабочих растворов дезсредства рекомендуется проведение предварительного промывания водопроводной водой или раствором дезсредства (не обладающего фиксирующим действием) в специально выделенной емкости с соблюдением мер безопасности. Промывные воды дезинфицируются в последующем одним из методов по режиму вирусных гепатитов.

2.4.1. Для дезинфекции рекомендуется использовать специальные емкости (полимерные контейнеры с крышками, в которых изделия размещают на специальных перфорированных решетках) для удобства дальнейшей обработки (отмывание, ПСО), а также для минимизации неблагоприятного воздействия химических растворов на медперсонал.

2.4.2. Для изделий и их частей, не соприкасающихся непосредственно с пациентом, может быть использован способ двукратного протирания салфеткой из бязи или марли, смоченными в растворе дезинфицирующего средства.

Способом протирания не рекомендуется применять средства, содержащие альдегиды, а также формалин во избежание побочного токсического эффекта для персонала. Недостатком многих средств из этих групп является их способность фиксировать органические загрязнения на поверхности и в каналах изделий. Во избежание этого изделия необходимо предварительно отмывать от загрязнений с соблюдением противоэпидемических мер, а затем дезинфицировать, о чем есть сведения в инструкциях по применению средства.

В то же время наиболее щадящим действием по отношению к материалам, из которых изготавливаются медицинские изделия (в том числе термолабильные), обладают альдегидосодержащие средства. Они рекомендованы для изделий из стекла, металлов, резин, а также полимерных материалов, в том числе термолабильных.

2.5. Применение спирта этилового синтетического ректифицированного рекомендовано только для дезинфекции инструментов из металлов. Для дезинфекции изделий из других материалов (резина, пластмассы, стекло, полимеры

и др.) в составе средства помимо спирта должны быть АДВ других групп (катионные поверхностно активные вещества — ПАВ, гуанидины, алкиламины, четвертичные аммониевые соединения — ЧАС). Спиртосодержащие средства обладают свойством фиксировать загрязнения органического происхождения, что обуславливает необходимость предварительного отмывания загрязненных изделий перед дезинфекцией с соблюдением противоэпидемических мер.

2.6. Хлорсодержащие средства, а также большинство средств на основе перекиси водорода предназначены для дезинфекции изделий из коррозионностойких металлов, а также других материалов — резин, пластмасс, стекла.

Для дезинфекции изделий медицинского назначения допускается применение перекиси водорода медицинской и технической (марки А и Б).

2.7. Дезинфекцию изделий химическим методом осуществляют дезсредствами по режимам, рекомендованным при вирусных инфекциях (вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекция), в противотуберкулезных учреждениях — по режимам микобактерицидного действия.

Дезинфицирующие средства, не обладающие вирулицидным (вирусные гепатиты, ВИЧ) действием не должны использоваться для целей дезинфекции изделий медицинского назначения (в противотуберкулезных учреждениях не должны использоваться средства, не обладающие микобактерицидным действием).

2.8. Дезинфекция и ПСО изделий медназначения могут быть совмещены в одном этапе при использовании средств, разрешенных Минздравом РБ для этих целей (наличие у препаратов моющих свойств не является показанием для совмещения дезинфекции и ПСО).

2.9. В целях недопущения выработки устойчивости циркулирующих в учреждении здравоохранения микроорганизмов к дезинфицирующим средствам рекомендуется периодически (не реже чем ежеквартально) чередовать препараты, в составе которых имеются различные действующие вещества.

2.10. По окончании дезинфекционной выдержки изделия промывают проточной водой. Оставшиеся загрязнения тщательно отмывают с помощью механических средств (ерши, щетки, салфетки марлевые или бязевые и др.). После дезинфекции изделия используют по назначению или (при наличии показаний) подвергают дальнейшей ПСО и стерилизации.

3. Предстерилизационная очистка

3.1. Предстерилизационную очистку изделий медицинского назначения осуществляют после их дезинфекции и последующего отмывания остатков дезинфицирующих средств под проточной питьевой водой. Новые инструменты, не применявшиеся для работы с пациентами, должны также пройти ПСО с целью удаления промышленной смазки и механических загрязнений.

3.2. Для ПСО используют физические и химические средства, разрешенные к использованию в Республике Беларусь согласно инструкциям по применению, согласованным Минздравом.

Растворы, содержащие перекись водорода и моющие средства («Лотос», «Лотос-автомат», «Астра», «Виксан-мед», «Прогресс»), готовят в условиях лечебного учреждения, применяя перекись водорода медицинскую или техническую (марки А и Б). Для снижения коррозионного действия моющих растворов с перекисью водорода и моющим средством «Лотос» и «Лотос-автомат» целесообразно периодически использовать ингибитор коррозии — 0,14 % раствор олеата натрия. Инструменты с видимыми пятнами коррозии, а также с наличием оксидной пленки можно подвергать химической очистке не более 2 раз в квартал.

3.3. ПСО проводят ручным или механизированным (с помощью специального моечного оборудования) способом.

ПСО ручным способом осуществляют, используя емкости из пластмасс, стекла или покрытых эмалью (без повреждений).

Методика проведения ПСО механизированным способом должна соответствовать инструкции по эксплуатации, прилагаемой к конкретному оборудованию.

3.4. При наличии у средства наряду с антимикробными свойствами (в том числе обязательно в отношении возбудителей парентеральных вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции) также и моющих свойств, ПСО изделий на этапе замачивания в растворе может быть совмещена с их дезинфекцией. При этом время замачивания должно соответствовать экспозиции при вирусных инфекциях, а в противотуберкулезных учреждениях — при туберкулезе.

Совмещение дезинфекции и ПСО в одном этапе позволяет упростить обработку инструментов, уменьшить количество емкостей, сократить время пребывания изделий в растворах, что, в конечном итоге, сокращает время обработки и способствует сохранению инструментария.

3.5. Разъемные изделия подвергают ПСО в разобранном виде. При замачивании в моющем растворе изделия полностью погружают в раствор моющего средства, заполняя им каналы и полости изделий.

Мойку изделий осуществляют с помощью ерша, ватно-марлевого тампона, тканевых салфеток; каналы изделий промывают с помощью шприца. Использование ерша при очистке резиновых изделий не допускается.

3.6. ПСО лигатурного шовного материала (нити хирургические шелковые крученые, нити хирургические капроновые крученые, шнуры хирургические полиэфирные) в лечебных учреждениях не проводят.

3.7. Растворы средств для ПСО допускается применять многократно до появления видимых признаков загрязнения (изменение цвета, помутнение, появление хлопьев и осадка), но не более чем в течение времени, указанного в методическом документе по применению конкретного средства.

При применении растворов, содержащих перекись водорода с моющим средством, растворов моющих средств «Лотос», «Лотос-автомат», «Астра», «Айна», «Маричка», «Прогресс», а также натрия двууглекислого, неизменный раствор можно использовать до 6 раз в течение рабочей смены.

3.8. После проведения ПСО изделия высушивают до полного исчезновения влаги в сушильных шкафах. Сушку изделий, имеющих оптические детали, проводят путем протирания чистой тканевой салфеткой и просушивания при комнатной температуре.

3.9. Контроль качества ПСО изделий проводят в соответствии с изложенным в разделе 4.

4. Контроль качества предстерилизационной очистки изделий медицинского назначения

4.1. Контроль качества ПСО проводят специалисты территориальных санитарно-эпидемиологических учреждений в зависимости от эпидзначимости медучреждений и конкретной эпидситуации.

Самоконтроль в лечебном учреждении проводят: в централизованных стерилизационных (ЦС) ежедневно, в отделениях — не реже 1 раза в неделю; организует и контролирует его старшая медицинская сестра (акушерка) отделения, главная медсестра — 1 раз в месяц.

4.2. Контролю подлежит: в ЦС — 1 % от каждого наименования изделий, обработанных за смену, в отделениях — 1 % одновременно обработанных изделий каждого наименования, но не менее 3 единиц.

4.3. Качество ПСО изделий оценивают путем постановки азопирамовой пробы (на наличие остаточных количеств крови).

Методика приготовления реактивов для постановки пробы

4.3.1. Азопирамовая проба.

4.3.1.1. Приготовление исходного раствора. Для приготовления 1 л (дм³) исходного раствора азопирама отвешивают 100 г амидопирин и 1,0–1,5 г солянокислого анилина, смешивают их в сухой мерной посуде и доводят до объема 1 л (дм³) 95 % этиловым спиртом. Смесь тщательно перемешивают до полного растворения ингредиентов.

Исходный раствор азопирама следует хранить в плотно закрытом флаконе в темноте. Допустимый срок хранения исходного раствора азопирама составляет: при температуре 4°C (в холодильнике) — 2 месяца; при комнатной температуре (20°C) — не более 1 месяца. Умеренное пожелтение исходного раствора без выпадения осадка в процессе хранения не снижает рабочих свойств раствора.

4.3.1.2. Приготовление реактива азопирама. Перед постановкой пробы готовят реактив азопирам, смешивая равные объемные количества исходного раствора азопирама и 3 % раствора перекиси водорода.

Реактив азопирама можно хранить не более 2 часов. При длительном стоянии может появиться спонтанное розовое окрашивание реактива. При температуре выше +25°C раствор розовеет быстрее, поэтому его необходимо использовать в течение 30–40 минут. Не следует подвергать проверке горячие инструменты, а также хранить реактив азопирам на ярком свете и вблизи нагревательных приборов.

В случае необходимости пригодность реактива азопирам проверяют следующим образом: 2–3 — капли реактива наносят на пятно крови. Если не позже, чем через 1 минуту появляется фиолетовое окрашивание, переходящее затем в сиреневый цвет, реактив пригоден к употреблению; если окрашивание в течение 1 минуты не появляется, реактивом пользоваться не следует.

Методика постановки пробы

Контролируемое изделие протирают марлевой салфеткой, смоченной реактивом, или наносят 2–3 капли реактива на изделие с помощью пипетки.

В шприцы вносят 3–4 — капли рабочего раствора реактива и несколько раз продвигают поршнем для того, чтобы смочить реактивом внутреннюю поверхность шприца, особенно места соединения стекла с металлом, где, чаще всего, остается кровь; реактив оставляют в шприце на 1 минуту, а затем вытесняют на марлевую салфетку. При проверке качества очистки игл реактив набирают в чистый, не имеющий следов коррозии шприц. Последовательно меняя иглы, через них пропускают реактив, вытесняя 3–4 капли на марлевую салфетку.

Качество очистки катетеров и других полых изделий оценивают путем введения реактива внутрь изделия с помощью чистого шприца или пипетки. Реактив оставляют внутри изделия на 1 минуту, после чего сливают на марлевую салфетку. Количество реактива, вносимого внутрь изделия, зависит от его величины.

Учет результатов постановки пробы

При положительной азопирамовой пробе в присутствии следов крови немедленно или позднее, чем через 1 минуту появляется вначале фиолетовое, затем быстро, в течение нескольких секунд, переходящее в розово-сиреневое или буроватое окрашивание реактива.

Азопирам, кроме гемоглобина, выявляет наличие на изделиях остаточных количеств:

- пероксидаз растительного происхождения (растительных остатков);
- окислителей (хлорамина, хлорной извести, стирального порошка с отбеливателем, хромовой смеси для обработки посуды и др.);
- ржавчины (окислов и солей железа);
- кислот.

При наличии на исследуемых изделиях ржавчины и указанных окислителей наблюдается бурое окрашивание реактива, в остальных случаях происходит окрашивание в розово-сиреневый цвет.

При постановке азопирамовой пробы окрашивание реактива, наступившее позже чем через 1 минуту после постановки пробы, не учитывается.

Результаты контроля отражают в журнале по форме № 366/у.

5. Контроль стерилизации

5.1. Паровые, воздушные и газовые стерилизаторы, используемые для стерилизации изделий медицинского назначения, подлежат контролю.

Контроль позволяет оперативно выявить несоответствие режимов стерилизации, вызванное техническими неисправностями аппаратов и нарушением технологии проведения стерилизации.

5.2. Контроль стерилизации предусматривает проверку параметров режимов стерилизации и оценку ее эффективности. Контроль режимов стерилизации проводят физическим (с помощью контрольно-измерительных приборов: термометров, мановакуумметров и др.), химическим (с использованием химических индикаторов) и бактериологическим (с использованием споровых тест-культур) методами.

Организация и порядок проведения контроля за стерилизацией изделий медицинского назначения осуществляется согласно методическим указаниям МУ № 90-9908 «Контроль качества стерилизации изделий медицинского назначения».

Самоконтроль работы стерилизаторов проводит персонал лечебного учреждения физическим и химическим методами — при каждой загрузке стерилизаторов, бактериологическим — ежемесячно. Специалисты санитарно-эпидемиологических учреждений проводят плановый контроль согласно действующим нормативным документам.

5.3. Проверку температурного режима осуществляют с помощью максимальных термометров, которые помещают в контрольные точки стерилизаторов.

Для контроля температуры используют также химические индикаторы различных типов (наружные, внутренние, мультипараметрические, интеграторы), которые помещают в контрольные точки.

Медицинский персонал, использующий средства физического и химического контроля, регистрирует результаты контроля в журнале по форме № 257/у.

Бактериологический контроль работы стерилизационной аппаратуры осуществляют с помощью биотестов, оценивающих гибель спор термоустойчивых микроорганизмов. Биотесты представляют собой дозированное количество спор тест-культуры на носителе (или в нем), помещенном в упаковку, которая предназначена для сохранения целостности носителя со спорами и предупреждения вторичного обсеменения после стерилизации. В качестве носителей можно использовать инсулиновые флаконы, чашечки из алюминиевой фольги (для паровых и воздушных стерилизаторов), а также диски из фильтровальной бумаги (для воздушных стерилизаторов). Упакованные биотесты помещают в те же контрольные точки стерилизационной камеры, что и средства физического и химического контроля.

5.4. Основанием для заключения об эффективной работе стерилизационной аппаратуры является отсутствие роста тест-культуры при бактериологических исследованиях всех биотестов в сочетании с удовлетворительными результатами физического и химического контроля.

Таблица 5 — Дезинфекция физическими методами

Метод дезинфекции	Дезинфицирующий агент	Режим дезинфекции				Применяемость	Условия проведения дезинфекции	Применяемое оборудование
		температура, °С		время выдержки, мин				
		номинальное значение	предельное отклонение	номинальное значение	предельное отклонение			
Кипячение	Дистиллированная вода	99	± 1	30		Для изделий из стекла, металлов, термостойких полимерных материалов, резин, латекса	Полное погружение изделий в воду	Кипятильник дезинфекционный
	Дистиллированная вода с натрием двууглекислым 2 % (пищевая сода)	99	± 1	15				
Паровой	Водяной насыщенный пар под избыточным давлением р = 0,05 МПа (0,5 кгс/см ²)	110	± 2	20	+ 5	То же	В стерилизационных коробках	Паровой стерилизатор; камеры дезинфекционные
Воздушный	Сухой горячий воздух	120	± 3	45		Для изделий из стекла, металлов, силиконовый резины	Без упаковки (в лотках)	Воздушный стерилизатор

СОДЕРЖАНИЕ

Раздел I. Общие положения и порядок прохождения практики	3
Научно-методическое обоснование производственной	
сестринской практики по терапии.....	3
Цель производственной сестринской практики по терапии	3
Задачи производственной сестринской практики по терапии	3
Метод реализации программы производственной сестринской	
практики по терапии	3
План прохождения студентами производственной сестринской	
практики по терапии	3
Расчет рабочего времени на рабочий день	4
Общие методические указания по организации производственной	
сестринской практики по терапии	4
Работа студентов в отделениях больницы	5
Подведение итогов практики	6
Перечень практических навыков по производственной	
сестринской практике по терапии	7
Перечень вопросов для зачета по итогам производственной	
сестринской практике по терапии	7
Раздел II. Должностные инструкции младшего медицинского	
персонала отделений терапевтического профиля	9
Раздел III. Примерные инструкции и правила техники безопасности	
при выполнении обязанностей младшего медицинского персонала	10
Примерная инструкция по технике безопасности для младших	
медицинских сестер терапевтического отделения при уборке помещений	10
Профилактика ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита при работе	
с кровью	11
Перечень антисептических и дезинфицирующих средств,	
используемых в современных УЗО	14
Раздел IV. Характеристика и методика выполнения манипуляций	
и процедур по уходу за терапевтическими больными	17
Определение массы тела	17
Определение роста	17
Определение окружности и дыхательной экскурсии грудной клетки	17
Подсчет числа дыхательных движений	18
Транспортировка больных на кресле-каталке, на носилках-каталке,	
вручную на носилках	19
Виды положения больных. Основные двигательные режимы больных	19
Смена нательного и постельного белья тяжелобольному	19
Уход за кожей больного	20
Пролежни, их профилактика и лечение	21
Уход за волосами больного	22
Санитарно-гигиенические мероприятия при педикулезе	22
Подача судна	27
Применение мочеприемников, их дезинфекция и хранение	27

Подмывание больного	27
Раздача пищи больным, находящимся на общем двигательном режиме. Кормление тяжелых и ослабленных больных	28
Измерение температуры тела и регистрация данных измерения в температурном листе	29
Дезинфекция и хранение медицинских термометров	30
Приготовление и подача грелки	31
Приготовление и подача пузыря со льдом	31
Подсчет и оценка свойств пульса на лучевой артерии	32
Измерение артериального давления	32
Обработка, дезинфекция и хранение зондов для зондирования желудка и двенадцатиперстной кишки	34
Обработка, дезинфекция и хранение плевательниц	34
Обработка, дезинфекция и хранение систем для постановки клизм, газоотводных трубок	35
Проведение искусственной вентиляции легких и непрямого массажа сердца	35
Литература	37
Приложение 1. Дневник производственной сестринской практики по пропедевтике внутренних болезней	38
Приложение 2. Инструкция «Дезинфекция, предстерилизационная очистка и стерилизация изделий медицинского назначения»	45

Учебное издание

Романьков Леонид Васильевич
Брановицкая Наталья Сергеевна
Друян Леонид Ибрагимович и др.

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ СЕСТРИНСКАЯ ПРАКТИКА
ПО ТЕРАПИИ**

Учебно-методическое пособие
для студентов 2 курса медико-диагностического факультета
обучающихся по специальности «Медико-диагностическое дело»

Редактор *О. В. Кухарева*
Компьютерная верстка *Ж. И. Цырыкова*

Подписано в печать 01.06.2010
Формат 60×84¹/₁₆. Бумага офсетная 65 г/м². Гарнитура «Таймс»
Усл. печ. л. 3,26. Уч.-изд. л. 3,56. Тираж 200 экз. Заказ № 144

Издатель и полиграфическое исполнение
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
246000, г. Гомель, ул. Ланге, 5
ЛИ № 02330/0549419 от 08.04.2009