

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА
«ПОМОЩНИК ПРОЦЕДУРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
СЕСТРЫ»**

**Кафедра детской хирургии
Направление подготовки 31.05.02 - педиатрия**

Задачи производственной практики:

- 1 овладеть навыками комплексного всестороннего ухода за пациентами и облегчение их страданий; восстановление здоровья и реабилитация;
- 2 содействовать укреплению здоровья и предупреждение заболеваний у детей;
- 3 рационально организовать свой труд в отделении и кабинете лечебно-профилактического учреждения
- 4 хранить медицинскую тайну.
- 5 научиться осуществлять все этапы сестринского процесса при уходе за Пациентами в детском хирургическом стационаре.
- 6 обеспечить безопасную среду для пациента в стационаре.
- 7 своевременно и качественно выполнять документированные манипуляции и процедуры, назначенные врачом.
- 8 ассистировать при проведении врачом лечебно-диагностических манипуляций и малых операций в амбулаторных и стационарных условиях.
- 9 проводить качественную и своевременную подготовку пациентов к обходу врача и различного вида исследованиям, процедурам, операциям.
- 10 производить простейшие лабораторные исследования экспресс методами.
- 11 оказывать неотложную доврачебную медицинскую помощь при острых заболеваниях, несчастных случаях и различных видах катастроф с последующим вызовом врача к пациенту или направлением его в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение.
- 12 контролировать работу младшей медицинской сестры по уходу.
- 13 повышать уровень компетенций.

**Компетенции, формируемые в результате прохождения
производственной практики**

В результате прохождения практики обучающийся должен:

Знать:

- философию сестринского дела, понимать его сущность и социальную значимость;
- четко знать границы своих полномочий и своей ответственности;
- нравственно-этические и правовые нормы, регулирующие отношения человека к человеку, обществу, окружающей природной среде в сфере профессиональной деятельности;
- функции, правила и средства общения, методы обучения и консультирования пациентов;
- анатомо-физиологические и психологические особенности, универсальные потребности ребенка в разные возрастные периоды;

систему организации и принципы медицинской помощи в России;
структуру медицинских учреждений, функциональные обязанности,
принципы организации и оплаты труда медицинского персонала, контроля
качества медицинской помощи;
основы здорового образа жизни,
формы и методы санитарно- просветительной работы;
теорию и модели сестринского дела, этапы сестринского процесса;
причины, клинические проявления, принципы лечения и профилактики
наиболее распространенных заболеваний человека, сестринский процесс
при них;
клинические проявления неотложных состояний и принципы оказания
доврачебной медицинской помощи;
основные способы защиты населения при различных видах катастроф;
организацию и устройство процедурного кабинета;
правила учета и хранения ампулированных лекарственных препаратов;
принципы проведения инфузионной терапии, возможные осложнения;
правила разведения антибиотиков, правила набора инсулина;
признаки постинъекционных осложнений и их профилактику;
оснащение противошоковой укладки;
санитарно-эпидемический режим процедурного кабинета и лечебных
отделений;
научную организацию своего труда.

Уметь:

обеспечить высокий уровень профессионального общения;
подготовить рабочее место, рационально организовать свой труд в лечебно-
профилактических учреждениях (ЛПУ);
планировать работу и анализировать показатели, свидетельствующие о
результативности собственной деятельности;
обеспечить безопасную среду для пациента и персонала;
обеспечить инфекционную безопасность пациента и персонала
(соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима);
Выполнять стандартизированные сестринские технологии
(профилактические, лечебные и диагностические манипуляции и
мероприятия);
осуществлять все этапы сестринского процесса в период повседневной
жизнедеятельности, болезни и реабилитации пациента;
осуществлять сестринское консультирование и обучение пациента и/или
его семьи;
оказывать больным и пострадавшим неотложную доврачебную
медицинскую помощь при травмах, отравлениях, острых состояниях и в
очагах катастроф в соответствии с государственными стандартами;
вести учет и анализ демографической и социальной структуры населения на
участке, осуществлять медико-социальный патронаж;
осуществлять пропаганду здорового образа жизни и вести санитарно-

просветительскую работу;
 оформлять учетно-отчетную медицинскую документацию;
 координировать свою профессиональную и общественную деятельность с работой других сотрудников и коллективов в интересах пациента;
 соблюдать технику безопасности и меры по охране здоровья персонала;
 самостоятельно получать дополнительные знания и умения в области профессиональной деятельности.

Владеть:

проделать текущую и генеральную уборку процедурного кабинета, вести документацию по установленной форме, приготовить для работы дезинфекционные растворы, провести предстерилизационную подготовку инструментария, накрыть стерильный стол, лоток, передвижной стерильный стол, пользоваться таблицей совместимости лекарственных средств, ввести лекарственные средства (в/к, п/к, в/м, в/в), взять кровь для исследования;
 подготовить проведение инфузионной терапии (определить группу крови пациента, провести пробы на индивидуальную и биологическую совместимость крови, определить дату заготовки переливаемой крови, жидкости, подготовить систему для в/в вливания);
 наблюдать и оценивать состояние пациента в процессе инфузионной терапии.

Содержание практики

1 Организация работы лечебного учреждения по оказанию плановой и экстренной помощи больным хирургического профиля.
 Ознакомление с структурой и режимами работы лечебно-профилактического учреждения: лечебно-охранительным, санитарно-эпидемиологическим. Распорядком дня работы палатного отделения, процедурной, перевязочной, операционной. Порядком приема и сдачи дежурств медицинского персонала. Основной документацией лечебно-профилактического учреждения. Организацией работы лечебно-профилактического учреждения по оказанию экстренной и плановой хирургической помощи.
 Организация работы приемного отделения по оказанию помощи хирургическим больным.
 Ознакомление с устройством и режимом работы приемного отделения. Санитарно-эпидемиологический режим. График работы сотрудников приемного отделения. Порядок приема и сдачи дежурств медицинского персонала. Основная документация приемного отделения.
 Порядок приема хирургических больных. Организация работы приемного отделения по оказанию экстренной и плановой помощи хирургическим больным. Выделение двух потоков больных – чистых и гнойных. Транспортировка больных.

Организация работы лаборатории, эндоскопической службы, отделения рентгенодиагностики, централизованного стерилизационного отделения, отделения реабилитации и восстановительного лечения.

Ознакомление с устройством, организацией работы лаборатории, эндоскопической службы, отделения рентгенодиагностики, централизованного стерилизационного отделения, отделения реабилитации и восстановительного лечения. Санитарно-эпидемиологический режим. Основная медицинская документация.

2 Структура и организация работы хирургического отделения.

2.1. Ознакомление с устройством, структурой и оснащением хирургического отделения.

Планировка хирургического отделения (палаты, перевязочная, процедурная, операционный блок, санузел, бельевые и т.д.) Штатный состав хирургического отделения. Организация работы хирургического отделения. Санитарно-эпидемиологический режим отделения. Медицинская документация.

2.2. Оснащение, организация работы процедурного кабинета, перевязочной, эндоскопических кабинетов, операционной хирургического отделения. Обязанности процедурной медицинской сестры. Медицинская документация.

3 Правила применения лекарственных веществ

3.1. Правила выписки и хранения лекарственных средств, способы их применения у хирургических больных. Выписка, хранение и учет ядовитых и сильнодействующих препаратов.

Выписка и хранение стерильных растворов и медицинского инструментария. Способы применения лекарственных средств: кожные, внутрикожные, подкожные, внутримышечные и внутривенные. Осложнения при их выполнении. Порядок раздачи лекарств больным. Лист назначений лекарственных средств, порядок его ведения. Правила утилизации медицинских отходов и предметов медицинского назначения.

4. Организация круглосуточного наблюдения и ухода за хирургическими больными.

4.1. Осуществление мероприятий по подготовке хирургических больных к эндоскопическим, рентгенологическим, функциональным методам исследования. Выполнение желудочного, дуоденального зондирования, сбора мочи и забора крови для исследований. Участие в проведении исследований.

Проведение мероприятий по предварительной и непосредственной предоперационной подготовке больных к плановым и экстренным хирургическим вмешательствам.

4.2. Оказание неотложной помощи при различных неотложных состояниях (кровотечениях, стенокардии, рвоте, отравлениях, коматозных состояниях).

4.3. Осуществление мероприятий по уходу за послеоперационными больными. Наблюдение и уход за повязками, дренажами, подключичными и перидуральными катетерами. Уход за стомированными больными.

Положение о медицинской сестре

1 Общие положения.

1.1. На должность медицинской сестры ЛПУ назначается специалист со средним медицинским образованием по специальности «Сестринское дело» в соответствии с действующими правилами допуска к медицинской деятельности.

1.2. Назначение и освобождение медицинской сестры осуществляется Руководителем лечебно-профилактического учреждения в установленном порядке.

1.3. Медицинская сестра непосредственно подчиняется старшей медицинской сестре. В ее подчинении находится младшая медицинская сестра по уходу.

1.4. В своей работе медицинская сестра руководствуется положением о ЛПУ, отделении, должностной инструкцией, настоящим положением, законодательными и нормативными документами Российской Федерации по вопросам здоровья населения, а также распоряжениями и указаниями вышестоящих органов и должностных лиц.

2 Обязанности медицинской сестры.

Основной задачей медицинской сестры является оказание квалифицированной сестринской помощи пациенту и его семье, включая укрепление здоровья, профилактику заболеваний, уход и неотложную доврачебную медицинскую помощь в период болезни и реабилитации. В соответствии с основной задачей медицинская сестра обязана:

2.1. Рационально организовать свой труд в отделении и кабинете ЛПУ.

2.2. Осуществлять прием вновь поступающих пациентов, знакомить их с правилами внутреннего распорядка и назначенного режима в отделении, контролировать их выполнение.

2.3. Хранить медицинскую тайну.

2.4. Осуществлять все этапы сестринского процесса при уходе за пациентами.

2.5. Обеспечить инфекционную безопасность.

2.6. Обеспечить безопасную среду для пациента в стационаре.

2.7. Проводить обучение по организации безопасной среды и ухода за пациентами на дому.

2.8. Своевременно и качественно выполнять документированные профилактические и лечебно-диагностические манипуляции и процедуры, назначенные врачом.

2.9. Ассистировать при проведении врачом лечебно-диагностических манипуляций и малых операций в амбулаторных и стационарных условиях.

2.10. Обеспечить правильное хранение и учет лекарственных препаратов,

соблюдение правил приема лекарств пациентами.

2.11. Проводить качественную и своевременную подготовку пациентов к обходу врача и различного вида исследованиям, процедурам, операциям.

2.12. Взаимодействовать с коллегами и сотрудниками других служб в интересах пациента.

2.13. Производить простейшие лабораторные исследования экспресс методами.

2.14. Вести установленную Министерством здравоохранения медицинскую учетно-отчетную документацию.

2.15. Оказывать неотложную доврачебную медицинскую помощь при острых заболеваниях, несчастных случаях и различных видах катастроф последующим вызовом врача к пациенту или направлением его в ближайшее ЛПУ.

2.16. При распознавании патологического состояния у пациента немедленно вызвать врача или транспортировать (при его транспортабельности) во врачебный стационар.

2.17. Сообщать врачу или заведующему, а в их отсутствие, дежурному врачу всех обнаруженных изменений в состоянии здоровья пациентов осложнениях, возникших в результате проведения медицинских манипуляций или о случаях нарушения правил внутреннего распорядка.

2.18. Контролировать работу младшей медицинской сестры по уходу.

2.19. Систематически повышать свою профессиональную квалификацию.

2.20. Нести ответственность за качество и безопасность предоставленного ухода и профессиональную деятельность.

3 Медицинская сестра имеет право.

3.1. Получать информацию, необходимую для четкого выполнения своих профессиональных обязанностей.

3.2. Вносить предложения по совершенствованию работы медицинской сестры.

3.3. Требовать от старшей медицинской сестры отделения обеспечения поста оборудованием, оснащением, инструментарием, предметами ухода и т. д., необходимых для качественного выполнения ухода, оказания сестринской помощи, обеспечения инфекционной безопасности пациента и персонала согласно стандартам.

3.4. Проходить обучение на курсах повышения квалификации не реже 1 раза в 5 лет.

3.5. Проходить аттестацию (переаттестацию) с целью присвоения квалификационных категорий.

3.6. В присутствии врача и под его контролем производить переливание крови и назначенную врачом инфузионную терапию.

3.7. Вводить лекарственные препараты при анафилактическом шоке больным по жизненным показаниям (при невозможности своевременного прибытия врача к пациенту) в соответствии с установленным стандартом.

- 3.8. Отказаться выполнять назначения и указания, несущие опасность здоровью и жизни пациента и обжаловать их в вышестоящей инстанции.
- 3.9. Участвовать в работе Совета сестер ЛПУ.
- 3.10. Принимать участие в работе ассоциаций медицинских сестер, общественных организаций, объединений.

Ответственность медицинской сестры

Процедурная медсестра несет ответственность за:

- 1 Своевременное выполнение назначений врача по проведению процедур.
- 2 Выполнение санитарно-эпидемиологического режима на своем рабочем месте, соблюдать правила асептики и антисептики.
- 3 Обеспечение кабинета в течении суток необходимым количеством инструментов, лекарственных препаратов, растворов, стерильных материалов для выполнения процедур.
- 4 Соблюдение условий и правил хранения лекарственных препаратов и инструментов оборудования кабинета.
- 5 Качественное ведение документации кабинета.
- 6 Правильную организацию работы санитарки.

Моральные и профессиональные качества медицинской сестры.

Роль медицинской сестры в процессе лечения пациента, особенно в стационаре, трудно переоценить. Выполнение назначений врача, уход за тяжелообольными, проведение многих, иногда довольно сложных, манипуляций - прямая обязанность среднего медицинского персонала. Медицинская сестра участвует в обследовании пациента, подготовке его к различным оперативным вмешательствам, работает в операционной в качестве анестезиста или операционной сестры, наблюдает за пациентом в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Все это предъявляет высокие требования к знаниям и практическим навыкам медицинской сестры, но и к ее моральному облику, умению вести себя в коллективе, при общении с пациентами и их родственниками.

Всегда и при всех обстоятельствах необходимо помнить, что человек обращается к медицинским работникам за помощью, в связи с тем, что с ним случилась беда, иногда очень серьезная, способная повлечь за собой утрату здоровья, трудоспособности, а подчас и угрожающая жизни. Только при полном сочувствии пациенту, при понимании его положения возможен настоящий контакт между ним и медицинским персоналом, что так необходимо для успешного лечения. Чуткость, моральная поддержка, душевная теплота нужны пациенту не меньше, а может быть и больше, чем лекарственные препараты. Недаром в недалеком прошлом медицинских сестер называли «сестрами милосердия»: это отражало не только профессиональную, но и моральную сторону их работы. Равнодушных, неуравновешенных людей, не способных к сочувствию страдающему человеку, нельзя допускать к работе в медицинских учреждениях.

При общении с пациентом, выполнении манипуляций, зачастую неприятных и болезненных, медицинская сестра должна отвлечь пациента от тяжелых мыслей, внушить ему бодрость и веру в выздоровление.

Часто пациенты спрашивают медицинских сестер о своем диагнозе и прогнозе. Ни в коем случае нельзя сообщать пациенту о наличии у него неизлечимого заболевания, особенно злокачественной опухоли. Что касается прогноза, то всегда надо высказывать твердую уверенность в благоприятном исходе. Все сведения, которые медицинская сестра дает пациенту, должны быть согласованы с врачом. Вместе с тем, на основании «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», каждый пациент имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена пациенту против его воли. В случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме ему и членам его семьи, если пациент не запретил сообщать им об этом. Пациент имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья и получать консультацию по ней у других специалистов. Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья пациента, диагнозе его заболевания и иных сведениях, полученных при его обследовании и лечении, составляет врачебную тайну. Пациенту должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений.

Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия пациента или его законного представителя допускается:

в целях обследования и лечения пациента неспособного из-за своего состояния выразить свою волю;

при угрозе распространения инфекционных заболеваний;

при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью пациента причинен в результате противоправных действий.

За разглашение врачебной тайны, с учетом причиненного ущерба пациенту, медицинские работники несут дисциплинарную, административную или уголовную ответственность.

Нередко пациенты вступают в разговор с младшим персоналом, получая от него ненужную информацию. Вот почему медсестра должна пресекать подобные беседы и в тоже время постоянно воспитывать обслуживающий персонал на принципах медицинской этики и деонтологии.

Пациента надо всемерно оберегать от психической травмы, которая может ухудшить его состояние, а в некоторых случаях привести к отказу от лечения. В некоторых случаях пациенты, как правило, не находящиеся в тяжелом состоянии, проявляют недисциплинированность, нарушают лечебный режим. В таких случаях медицинская сестра должна решительно пресекать нарушения дисциплины, проявлять строгость, но не грубость. Иногда достаточно объяснить пациенту, что его поведение приносит вред не только ему, но и другим пациентам. Обо всех случаях неправильного поведения пациента необходимо сообщить врачу.

Медицинская сестра обязана всегда быть выдержанной, приветливой, способствовать созданию нормальной рабочей атмосферы в лечебном учреждении. Если даже она чем-то расстроена или встревожена, пациенты не должны замечать этого. Ничто не должно отражаться на ее работе, на ее тоне в разговорах с коллегами и пациентами. Нежелательны также чрезмерная сухость и официальность, но не допустимы и легкомысленные шутки, а тем более фамильярность в отношениях с пациентами. Поведение медицинской сестры должно внушать уважение к ней, создавать уверенность, что она все знает, все умеет и что ей можно смело доверить свое здоровье и жизнь.

Медицинская сестра должна неукоснительно выполнять указание врача и точно соблюдать не только дозировку лекарства и длительность процедур, но и их последовательность. Назначая время или периодичность введения препаратов, врач учитывает длительность их действия, возможность сочетания с другими лекарствами. Поэтому небрежность или ошибка могут оказаться чрезвычайно опасными для пациента и привести к необратимым последствиям.

Современные лечебные учреждения оснащены новой диагностической и лечебной аппаратурой. Медицинские сестры должны не только знать, для чего служит тот или иной прибор, но и уметь им пользоваться, особенно, если он установлен в палате. При выполнении сложных манипуляций медицинская сестра, если она не чувствует себя достаточно подготовленной для этого или сомневается в чем-то, не должна стесняться просить помощи и совета у более опытных коллег. Точно также медицинская сестра, хорошо владеющая техникой, той или иной манипуляцией, обязана помогать осваивать эту технику своим менее опытным товарищам. Самоуверенность, зазнайство и высокомерие недопустимы, когда речь идет о здоровье и жизни человека. Обязательным качеством медицинской сестры должно быть стремление к постоянному повышению своей квалификации, углублению знаний, приобретению новых навыков.

Этому должна способствовать общая атмосфера лечебного учреждения, играющая важную роль в формировании высококвалифицированного и ответственного работника, выработке у него высоких моральных качеств, гуманизма и умение всем своим поведением способствовать возвращению здоровья и трудоспособности больному человеку.

Каждая сестра должна пройти долгий путь самовоспитания, чтобы тщательно познать самое себя, особенности своей личности, чтобы знать, каков стиль ее работы и как воздействует она на пациентов. Грамотная Сестра испытывает постоянную необходимость в пополнении своих знаний, в развитии своей личности.

Гигиена процедурной медсестры и требования к ее внешнему виду

Процедурная медицинская сестра должна быть образцом чистоты и аккуратности. Она должна постоянно следить за чистотой тела, не реже одного раза в неделю, а при чрезмерной потливости — чаще принимать гигиеническую ванну, тщательно следить за руками и мыть их перед едой и после посещения туалета, до и после каждой медицинской манипуляции. Ногти должны быть коротко острижены и не окрашены. При наличии сухости кожи после мытья кожу рук смазывают кремом для рук или любым маслом. Можно приготовить смесь глицерина (3/4) с нашатырным спиртом (1/4). Очень важна опрятность одежды с учетом установленной формы. Придя на работу, она переодевается в чистый, выглаженный халат или брючный костюм, соответствовать деловой обстановке. Уличную обувь меняет на туфли, не производящие шума при ходьбе и хорошо поддающиеся обеззараживанию. Перед входом в процедурный кабинет надевает накрахмаленную шапочку и маску. Волосы аккуратно собраны под шапочку. Макияж должен быть умеренным, украшения скромные. Кольца, браслеты перед началом работы снимаются. От медицинской сестры не должны исходить запахи духов, табака, лука, чеснока, рыбы (у некоторых пациентов наблюдаются аллергические реакции на запахи). Аккуратная, подтянутая медицинская сестра вызывает доверие пациента и в ее присутствии он чувствует себя спокойнее и увереннее.

Для предупреждения внутрибольничной инфекции медицинская сестра обязана:

- раздельно хранить верхнюю одежду и спецодежду,
- не выходить в спецодежде за пределы территории больницы,
- не носить спецодежду в неслужебное время.

Стандарт оснащения процедурного кабинета

- 1 Облучатель бактерицидный стационарный (потолочный или настенный) — 1
- 2 Облучатель бактерицидный передвижной — 1
- 3 Сухожаровой шкаф — 1
- 4 Комплект для переливания крови — 2
- 5 Инструментарий:
 - зажимы кровоостанавливающие — 4
 - корнцанг — 2
 - пинцет анатомический — 2
 - пинцет анатомический малый — 2

- ножницы — 2
- роторасширитель — 1
- языкодержатель — 1
- мешок Амбу — 1
- коробки стерилизационные — 8
- 6 Резиновый жгут для остановки кровотечения — 2
- 7 Резиновый жгут для в/в вливаний — 2
- 8 Штативы для сывороток — 1
- 9 Штативы для пробирок — 2
- 10 Укладка на форму — 50 — 1
- 11 Контейнеры для отправки пробирок в лабораторию — 2
- 12 Лотки почкообразные — 4
- 13 Кюветы малые или средние — 4
- 14 Штативы для в/в капельных вливаний — 6-12
- 15 Термометр для холодильника — 1
- 16 Термометр для сухожарового шкафа — 1
- 17 Термометр водяной — 1
- 18 Емкости для дезинфекции — 2
- 19 Емкости для предстерилизационной очистки — 2
- 20 Емкость с дезсредством для пинцета — 1
- 21 Мерные емкости для дезсредства и моющего средства — 4
- 22 Перчатки — 5-10 пар
- 23 Химический контроль:(мочевина, бензойная кислота, тиомочевина)
- 24 Системы одноразовые — 10
- 25 Шприцы одноразовые — 100-200
- 26 Емкость для дезинфекции кровяных шариков — 1
- 27 Подставка для биксов — 1
- 28 Подставка для таза — 1

Стандарт оснащения процедурного кабинета твердым инвентарем

- 1 Рабочий стол медсестры — 1
- 2 Стул для медсестры — 1
- 3 Винтовой стул — 1
- 4 Медицинский шкаф для стерильных растворов и медикаментов — 1
- 5 Инструментальный столик — 2
- 6 Тумбочка — 1
- 7 Холодильник — 1
- 8 Кушетка медицинская — 1
- 9 Стол процедурный
- 10 Шкаф навесной для медикаментов экстренной помощи — 1
- 11 Мусоросборник (ведро эмалированное с крышкой) — 1
- 12 Уборочный инвентарь:
 - ведро оцинкованное для мытья полов — 1
 - ведро для мытья стен — 1

- швабра для мытья полов — 1
 - швабра для мытья стен — 1
 - емкость для ветоши (обработка предметов обстановки, поверхностей) — 1
 - 13 Дезсредства
 - 14 Моющие средства
- Весь уборочный инвентарь должен иметь четкую маркировку с указанием помещения и видов работ

Документация процедурного кабинета Журнал врачебных назначений

Ф.И.О. пациента	Палата пациента	Наименование процедуры (лек. средства)	Кол-во назначенных процедур.	Дата проведения процедур				

Журнал учета взятия крови для биохимических исследований

№ п/п	Ф.И.О. пациента	Кровь на исследование	Дата взятия крови	Роспись м/с

Журнал учета крови на RW

№ п/п	Ф.И.О. пациента	Возраст	№ истории болезни	Дом. адрес	Дата взятия крови на RW	Дата получения анализа	Результат

Журнал учета взятия крови на СПИД

№ п/п	Ф.И.О. пациента	Возраст	№ истории болезни	Дом. адрес	Дата взятия крови на СПИД	Дата получения анализа	Результат

Журнал учета крови и кровезаменителей Форма № 9

№ п/п	Дата переливания	Переливание повторное или первичное	ФИО. пациента	Возраст детей до 1-го года	№ истории болезни	Группа крови и резус-фактор больного	Показания к переливанию
1	2	3	4	5	6	7	8

Паспорт флакона		Способ переливания	Трансфузионные реакции (слабая, средняя, сильная)	Осложнения после переливания	Подпись врача (разборчиво)
№ этикетки (серия препарата, заводение, изготовитель)	Дата заготовки (выпуска препарата)				
9	10	11	12	13	14

Журнал учета работы сухожарового шкафа
форма № 257/У

Дата	Марка № стерилизатора	Стерилизуемые изделия			Время стерилизации	
		Наименование	Кол-во	Упаковка	Начало	Окончание
1	2	3	4	5	6	7

Режим		Тест-контроль			Подпись
Давления	Температур	Биологический	Термический	Химический	
8	9	10	11	12	13

Хранение лекарственных средств.

Сроки годности лекарственных средств, изготовленных в аптеке

1 Стерильные растворы во флаконах, герметично укупоренных резиновыми пробками под обкатку при t° не выше 25°C — 30 суток

за исключением:

раствора кальция глюконата 10% — 7 суток

раствора натрия хлорида 0,9%, 10% — 90 суток

раствора новокаина 2%, 5%, 10% — 90 суток

раствора дибазола 0,5%, 1% — 60 суток

Микстуры и растворы для внутреннего употребления:

1 при t° 3-5° С в холодильнике — 10 дней

микстура Кватера — 10 дней

микстура от кашля с термопсисом — 10 дней

2 при t° не выше 25°C :

раствор новокаина 0,25%, 0,5% — 10 дней

раствор магния сульфата 10%, 25%, 33%, 50% — 15 дней

раствор кальция хлорида 5%, 10% — 10 дней

раствор Рингера — 5 дней

Капли для носа и растворы для наружного применения:

Хранятся в защищенном от света месте при t° не выше 25°C в течение 30 дней:

раствор протаргола 2%

Раствор фурациллина 0,02% в защищенном от света месте при t° не выше 25°C 20 дней

Мази:

Хранятся в защищенном от света месте при t° не выше 25°C :

мазь димедроловая 5% — 30 дней

мазь фурациллиновая 0,2% — 30 дней

Примечание: сроки годности лекарственных форм, изготавливаемых в аптеках и не вошедших, составляют:

для глазных капель — 2 суток

для инъекционных растворов и инфузий — 2 суток

для настоев, отваров — 2 суток

для эмульсий, суспензий — 3 суток

для остальных лекарственных форм — 10 суток

Лекарственные средства, подлежащие хранению в холодильнике

В местах хранения лекарственных препаратов должен соблюдаться температурный и световой режим. К числу некоторых лекарственных средств, требующих защиты от воздействия повышенной температуры относятся:

иммуннобиологические препараты

бактерийные препараты (вакцины, сыворотки, анатоксины, бактериофаги)

антибиотики

гормональные препараты

витамины, витаминные препараты

препараты, содержащие гликозиды

органопрепараты

Гепарин

Адреналин

Окситоцин

Норадреналин

Интерферон

Плазмол

Препараты инсулина (недопустимо замерзание)

Свечи, а также отвары должны храниться при температуре от +2 до +10 градусов С.

Набор медикаментов, необходимых для оказания экстренной помощи

1 Строфантин 0,05% - 1,0 № 3 амп.

2 Эуфиллин 2,4% - 10,0 № 5 амп.

3 Коргликон 0,06% - 1,0 № 3 амп.

4 Ардофан 5% - 5,0 № 3 амп.

5 Пентамин 5% - 1,0 № 3 амп.

6 Лазикс 5 амп.

7 Эфедрин 5% - 1,0 № 5 амп.

8 Мезатон 1% - 1,0 № 5 амп.

9 Адреналин 0,1 % - 1,0 № 5 амп.

10 Преднизолон 3 амп. (гидрокортизон - 1 фл.)

11 Дроперидол — 1 фл. (супрастин - 3 амп.) пипольфен

12 Атропин 0,1% - № 3 амп.

13 Хлористый кальций 10% - № 3 амп. 10,0

14 Гепарин - 1 флакон

15 Новодрин - № 3 амп.

16 Кокарбоксилаза - № 3 амп.

17 Унитиол 5% - № 3 амп.

18 Инсулин - 1 флакон

19 Дицинон 2,0 - № 4 амп.

20 Кавинтон - № 4 амл.

- 21 Седуксен 2,0 - № 5 амп. (реланиум)
 22 Обзидан 5,0 - № 2 амп.

Растворы, необходимые для оказания экстренной помощи:

- 1 Полиглюкин — 1 фл.
 - 2 Реополигаюкин — 1 фл.
 - 3 Фибриноген — 1 фл.
 - 4 Фибринолизин — 1 фл.
 - 5 Полифер — 1 фл.
 - 6 Сода 4% — 200,0
 - 7 Аминокaproновая кислот— 1 фл.
- Набор медикаментов и инструментария,
 необходимых для лечения анафилактического шока
- 1 Адреналин 0,1% - в амп. № 10
 - 2 Нордревалин 0,2% - в амп. № 5
 - 3 Пипольфен — в амп. № 10
 - 4 Супрастин - в амп. № 10
 - 5 Димедрол 1% - в амп. № 10
 - 6 Преднизолон - в амп. (30 мг.) № 10
 - 7 Дексаметазон - в амп. (4 мг.) № 10
 - 8 Гидрокортизон 5 мл. - во фл. № 10
 - 9 Эфедрина гидрохлорид 5% - в амп. № 10
 - 10 Эуфиллин 24%; 2,4% - в амп. по 10
 - 11 Мезатон 1 % - в амп. № 5
 - 12 Строфантин 0,05% - в амп. № 5 (в сейфе)
 - 13 Коргликон 0,06% - 1,0 в амп. № 5
 - 14 Кофеин 10% - в амп. № 10
 - 15 Кордиамин - в амп. № 10
 - 16 Глюкоза 40% - в амп. № 20
 - 17 Хлористый натрий 0,9% - в амп. № 20
 - 18 Глюкоза 5% - 500,0 стер. № 2 флакона
 - 19 Воздуховод для дыхания «изо рта в рот»
 - 20 Система для внутривенной инфузии (одноразовая) - 2 шт.
 - 21 Шприцы (20,0; 10,0; 5,0; 2,0; 1,0) стерильн.-по 5 шт.
 иглы к ним - 60 шт.
 - 22 Жгут резиновый- 1 шт.
 - 23 Спирт этиловый, 70 град. - 100 мл.
 - 24 Роторасширитель - 1 шт.
 - 25 Кислородная подушка - 1 шт. (при отсутствии централизованной системы подачи кислорода).

Алгоритм действий медицинской сестры в обращении с лекарственными средствами

- 1 Прежде чем дать пациенту лекарство:

вымой тщательно руки;
 внимательно прочти надпись на флаконе, пакете;
 проверь сроки годности;
 проверь назначенную дозу;
 пациент принимает лекарство в твоём присутствии.

2 При выполнении инъекций:

вымой тщательно руки;
 проверь надпись на флаконе, ампуле;
 проверь сроки годности;
 поставь дату вскрытия на стерильном флаконе;
 соблюдай правила асептики - одень перчатки.

3 Храни лекарства только в упаковке, отпущенной из аптеки:

не переливай растворы в другую посуду;
 не перекладывай таблетки, порошки в другие пакеты;
 не пиши сама этикеток и не делай своих надписей на упаковках лекарств;
 храни лекарства на отдельных полках (стерильные, внутренние, наружные, гр. «А»).

4 При подозрении у пациента анафилактического шока СРОЧНО!:

вызови врача через дежурный персонал;
 уложи пациента и приподними нижние конечности;
 в случае подкожной инъекции наложи жгут на конечность выше места инъекции и немедленно введи в место инъекции 0,1% р-р адреналина 0,15-0,5 мл или 2,0 кордиамина:
 в/м введи 25%-2,0 мл пипольфена или 2%-2,0 супрастина или 1 %-2,0 мл димедрола;
 при в/в введении срочно прекрати введение лекарственного средства и в эту иглу другим шприцем введи пипольфен или супрастин, или димедрол по 2-3 мл разведенного в физ. растворе;
 обложи пациента грелками;
 измерь АД;
 дай кислород;
 постоянно наблюдай до прихода врача;
 следи за пульсом.

5 Если возникли осложнения (остановка сердца, дыхания) ПОМНИ!:

от момента остановки сердца до развития необратимых изменений в головном мозге всего 4-6 минут:
 срочно вызови реанимационную бригаду через персонал;
 немедленно начинай делать непрямой (закрытый) массаж сердца и искусственное дыхание (см.техническое выполнение манипуляций).

Порядок работы процедурного кабинета

1 Перед началом рабочей смены проводится влажная уборка кабинета в

сочетании с дезинфекцией и кварцеванием.

2 Процедура медсестра снимает с рук украшения (часы, браслеты и кольца). Волосы убирает под шапочку, одевает маску проверяет наличие емкостей со свежеприготовленными дезрастворами для дезинфекции использованного инструментария одноразового и многоразового применения, резиновых перчаток, ватных шариков с остатками крови, обработки стола, кушетки, валика, жгута для в/в инъекций, набора чистой ветоши, а так же емкостей для сбора использованной ветоши. Просматривает сроки годности на упаковках со шприцами и капельницами однократного применения, проверяет целостность стерильной упаковки, наличие стерильного материала, а также соответствие лекарства назначению, его срока годности, целостности флакона или ампулы.

3 Двукратно под теплой проточной водой моет руки с мылом не менее 30 сек (используется мыло в виде кусков, гранул, предпочтительнее использовать жидкое мыло в дозаторах).

4 Проводит гигиеническую антисептику рук с применением 0,5% спиртового раствора гибитана, (хлоргексидин биглюконат), АХД-2000, Кутасепта Ф, 70% этилового спирта и другими кожными антисептиками в соответствии с инструкцией по применению.

5 Поврежденные участки кожи на руках должны быть закрыты лейкопластырем;

инъекции выполняются в стерильных резиновых перчатках, со сменой их после каждого пациента;

крышки флаконов, ампулы перед вскрытием обрабатываются стерильным тампоном, смоченным 70° этиловым спиртом:

кожа в месте инъекции последовательно обрабатывается двумя стерильными ватными тампонами с 70° спиртом: вначале большую зону, затем непосредственно место инъекции;

после инъекции к раневой поверхности прикладывается новый стерильный тампон;

на каждую инъекцию используют 2 иглы (для разведения и набора инъекционного раствора и для инъекции);

при постановке капельниц место прокола вены должно быть закрыто стерильной салфеткой в течение всей процедуры,

недопустимо прижимать стерильные ватные шарики к горлышку●

флакона со спиртом или отжимать руками смоченный спиртом шарик в общую

емкость со спиртом, заранее смачивать спиртом большую партию ватных шариков и хранить их в течение длительного срока;

недопустимо возвращать неиспользованный стерильный материал в● общую упаковку;

при выполнении инъекций у постели больного, шприц с набранным● лекарственным препаратом и стерильные ватные тампоны доставляются в

палату на лотке между двумя слоями стерильной пеленки. Емкость со спиртом для обработки инъекционного поля ставится в лоток.

Использованные шприцы и ватные тампоны возвращаются в отдельном лотке в процедурный кабинет, где подвергаются дезинфекции.

6 В ходе работы с пациентом строго выполняются правила профессиональной безопасности.

7 Сборка шприца:

открыть пакет со шприцем и иглой;

левой рукой захватить цилиндр в нижней части;

правой рукой взять иглу за пластмассовый колпачок и вращательным движением муфты иглы насадить на шприц и хорошо притереть. Собранный шприц при необходимости положить на стерильную пеленку; шейку ампулы или резиновую пробку флакона предварительно протереть стерильным шариком со спиртом. Узкую часть ампулы надпилить и, прихватив шариком, которым протирали ампулу, надломить ее,

Ампулу/флакон взять в левую руку, правой ввести иглу, надетую на шприц: оттягивая поршень, постепенно набрать в шприц нужное количество препарата, по мере надобности наклоняя их;

Удалить пузырьки воздуха из шприца, повернув шприц вертикально• иглой вверх, надавливая на поршень, постепенно выдавливая воздух из шприца.

Парентеральные введения

1 Подкожные –в наружную поверхность плеча, подлопаточное пространство,

Передненаружную поверхность бедра, боковую наружную поверхность бедра, боковую поверхность брюшной стенки. Игла вкалывается под углом 45° на глубину 1-2 см в основание треугольника, образуемого складкой кожи. Раствор вводится медленно.

2 Внутримышечные - вводятся в мышцы верхнее-наружной четверти ягодичной области, мышцы живота и бедер. Положение шприца перпендикулярное к поверхности тела пациента. Длина иглы - 8-10 см, вкалывается на глубину 7 см. Потянуть поршень на себя и убедиться, что игла не находится в сосуде (иначе кровь появится в шприце), и только тогда вытеснить раствор из шприца. При введении лекарства в бедро шприц держать под углом, как пишущее перо.

3 Внутривенные - вена локтевого сгиба, тыльной поверхности кисти. Под

локтевой сгиб подложить плотную клеенчатую подушку. На плечо на расстоянии 10 см. от локтевого сгиба на рукав пациента наложить жгут, не нарушая кровотока, контроль-пульс на лучевой артерии должен хорошо прослушиваться. Пациент должен несколько раз сжать и разжать кулак. Обработать кожу инъекционного поля. Выбрать венозный ствол, затем кончиками пальцев левой руки кожу над ним несколько сместить в сторону предплечья, фиксируя вену, произвести прокол кожи и стенки вены

одномоментно или в два этапа: сначала проколоть кожу, затем подвести иглу к стенке вены и сделать прокол.

Чтобы убедиться в том, что игла в вене, следует потянуть поршень на себя.

Наличие крови в шприце является подтверждением, что игла вошла и в вену.

После этого следует ввести лекарство. В случае наличия пузырьков воздуха в

шприце нельзя допускать их попадания в вену.

4 Не вынимая иглу, приложить стерильный шарик со спиртом к месту

прокола и извлечь иглу. Массирование ваткой места прокола требуется только при подкожных инъекциях.

5 Использованные ватные шарики, шприцы и иглы перед утилизацией подвергать дезинфекции по одному из разрешенных режимов. Категорически запрещается закрывать иглы пластиковыми колпачками.

6 При попадании крови на кожу персонала обработать ее 70% раствором спирта, обмыть водой с мылом и повторно обеззаразить 70% раствором спирта. НЕ ТЕРЕТЬ!

7 При попадании крови на слизистые оболочки ротоглотки и носа их немедленно обрабатывают 0.05% раствором марганцовокислого калия, рот и горло прополаскивают 70% раствором спирта или 0,05% раствором марганцовокислого калия.

8 Для обработки слизистой оболочки глаз применяется раствор марганцовокислого калия 1:10000; раствор готовится ex Tempore, для чего необходимо иметь навеску препарата по 50 мг, который растворяется в 10 мл дистиллированной воды.

9 При уколах и порезах вымыть руки в перчатках проточной водой с мылом, снять перчатки, выдавить из ранки кровь, вымыть руки с мылом и обработать ранку 5% раствором йода. НЕ ТЕРЕТЬ!

10 В случае попадания крови на мебель, инвентарь, приборы их немедленно 2-кратно протирают ветошью, смоченной любым дезинфицирующим раствором.

Технология заполнения системы для внутривенных инфузий

Внутривенные инфузии применяются для введения в организм большого объема трансфузионных средств. Они выполняются для восстановления объема циркулирующей крови, дезинтоксикации организма, нормализации обменных процессов в организме, для поддержания жизнедеятельности организма.

Подготовка системы для внутривенного вливания сводится к следующему:

1 Тщательно моются руки теплой водой с мылом, обрабатываются спиртом.

2 Снимается у флакона металлическая крышка с колпака, обрабатывается резиновая пробка стерильным шариком, смоченным спиртом.

3 Прокалывают короткой иглой системы пробку и вставляют «воздушку» (длина иглы должна быть не меньше высоты сосуда).

4 Флакон переворачивают и закрепляют на штативе для внутривенного капельного вливания.

5 Через короткую иглу жидкость поступает в систему, конец длинной иглы должен находиться выше уровня жидкости у дна флакона, через нее поступает во флакон воздух.

6 Чтобы заполнить раствором всю систему и вытеснить из нее воздух, конец трубки с канюлей держат выше перевернутой капельницы.

Капельницу заполняют на 1/3 и переворачивают ее в рабочее положение и медленно заполняют нижний отрезок системы до вытеснения раствора из канюли. Следят за тем, чтобы в системе не осталось пузырьков воздуха.

В вену вводят иглу, снимают или открывают зажим и соединяют с канюлей иглу, наблюдают в течение нескольких минут, не появится ли припухлость вокруг вены и болезненность. Если сделано все правильно, иглу осторожно фиксируют к коже лейкопластырем и накрывают ее стерильной салфеткой.

После использования одноразовые системы обеззараживают 3% раствором хлорамина или хлорной извести в течение одного часа. Предварительно разъединив многоразовые системы на отдельные части, затем промываются проточной водой и сдаются в ЦСО.

1 Для работы с цитостатиками (если есть такая возможность) желательно выделения отдельного помещения и наличие вытяжного шкафа с вертикальным током воздуха. Горизонтальный ток воздуха (т.е. проветривание) не рекомендуется, т.к. воздух из ампулы в таком случае выбрасывается на открывающего. Если устройство вытяжного шкафа невозможно, то необходимо пользоваться вместо этого эффективным респиратором. Хирургические марлевые повязки не предотвращают вдыхание аэрозоли. Еда, питье, курение, приготовление пищи в указанном помещении и поблизости от него, запрещены.

2 Рабочие плоскости в процедурном кабинете должны быть покрыты пластиковыми моющимися покрытиями или абсорбирующей бумагой.

Пролитые капли цитостатиков тут же вытираются, если покрытие бумажное — тут же выбрасывается и заменяется новым.

3 В работе с цитостатиками должны использоваться хирургические перчатки, сделанные из каучука, а не поливинилхлорида, т. к. последние впитывают в себя цитостатики. Перчатки должны меняться через 1 час работы, порванные перчатки использовать запрещено!

4 Ампулы должны открываться в сторону от лица медсестры через

стерильную марлевую салфетку, чтобы снизить до минимума выброс аэрозолей

из ампулы.

5 При разведении цитостатиков жидкость во флакон должна вливаться медленно, струя должна быть направлена на стенку флакона.

6 Если игла вставлена во флакон с цитостатиками, она должна быть накрыта стерильной салфеткой, чтобы свести испарение лекарств до минимума.

7 Игла шприца также должна быть накрыта стерильной салфеткой.

8 После разведения цитостатика, перед инъекцией игла должна быть заменена.

9 Поверхность ампул, флаконов и всех емкостей, применяемых в химиотерапии, должна быть прозрачной, маркированной и датированной.

10 Все использованные шприцы, ампулы, флаконы, салфетки и чирки должны выбрасываться в баки с подогнанными крышками для предотвращения

испарения цитостатиков.

11 Персонал, работающий с пациентами, получившими химиотерапию в течение последних 2-х суток, должен работать с ними в перчатках.

12 Руки после контакта с цитостатиками и пациентами, получившими химиотерапию, необходимо тщательно мыть.

Правила накладывания компресса

Компресс - лечебная многослойная повязка, действующая как отвлекающее

и рассасывающее средство.

Согревающий компресс вызывает длительное расширение кожных и глубоко

расположенных кровеносных сосудов. Согревающий компресс можно ставить

на любую часть тела. Согревающий компресс состоит из трех слоев: куска чистой марли, смоченной в жидкости комнатной температуры

или

40 градусном спирте, хорошо отжатой; клеенки или воценой бумаги; ваты.

Смочите марлевую салфетку в воде комнатной температуры или 40 градусном спирте, хорошо ее отожмите. Вымойте руки, приложите салфетку к поверхности кожи, поверх салфетки положите компрессную бумагу большего размера, чем салфетка; поверх бумаги положите слой ваты, полностью покрывающий два предыдущих слоя; закрепите компресс бинтом так, чтобы он плотно прилегал к телу, но не стеснял движений. Длительность применения компресса должна быть в среднем 6-8 часов, но не более 12 часов.

Меняют компресс утром и вечером. Чтобы избежать раздражения кожи,

место наложения компресса при его смене тщательно протирают теплой водой, высушивают теплым полотенцем и делают перерыв на 2 часа. Для наложения нового компресса нужно брать чистый материал.

Правила накладывания жгута

Жгут представляет собой приспособление для временной остановки кровотечения из кровеносных сосудов, а также для создания венозного застоя путем перетягивания конечности и сдавливания ее тканей. Существует несколько видов жгутов:

Жгут Эсмарха - толстая резиновая трубка с крючками и цепочкой на концах для закрепления жгута.

Ленточный жгут - резиновая полоска шириной 3-4 см. Накладывают его для остановки кровотечения из верхних конечностей и для бескровливания конечности во время операции.

Методика накладывания жгутов: поднимают конечность и ровными спиральными ходами ведут жгут от периферии к центру, конец жгута закрепляют узлом или завязками, имеющимися на его конце. Матерчатый жгут - закрутка представляет собой полосы прочной ткани длиной 1 м. и шириной 3 см. с закрутками и застежками на одном конце. Закрутка - тесьма такой же ширины и длины, как жгут имеет палочку посередине и матерчатые колечки для фиксации ее конца. Затягивают жгут вращением палочки, скручивающей тесьму закрутки.

Конец палочки закрепляют в одной из петель. Этот жгут можно заменить любым кусочком ткани для временной остановки кровотечения. Материал складывают в виде широкой ленты, оборачивают вокруг конечности и связывают его концы двойным узлом, в который вставляют палочку. Вращая ее, затягивают жгут.

Для остановки кровотечения жгут следует накладывать выше поврежденного

участка так, чтобы исчез периферический пульс. Если жгут затянут слабо,

может возникнуть венозный застой и усилиться кровотечение.

Чрезмерное

стягивание жгутом конечности может привести к сдавливанию нервов с

последующими параличами. Для защиты кожи от ущемления под жгут подкладывают расправленную часть одежды, кусок ваты, ткань. Жгут может

находиться на конечности не более 2 час. во избежание омертвления тканей.

Поэтому тут же после наложения жгута готовят бирочку с указанием времени.

При необходимости оставить жгут на более длительное время его распускают

на несколько минут, придавливают сосуд пальцем, легко массируют борозду, а затем опять накладывают жгут, но уже на новом месте. Конечность нужно

уложить в удобное, возвышенное положение и иммобилизовать ее. Пациент со жгутом должен быть доставлен в лечебное учреждение для окончательной остановки кровотечения.

Трансфузионная терапия

Трансфузионная терапия – вливание крови, ее компонентов, кровезаменителей и других сред – применяется для восстановления кровопотери, при анемии, нарушениях белкового и водно-солевого баланса организма, вызванных различными патологическими состояниями, а также для парентерального питания.

Гемотрансфузии (переливание крови) показаны в первую очередь при острой кровопотере, для восстановления объема циркулирующей крови.

Обычно переливают консервированную донорскую кровь.

Технология переливания крови

1 Для предотвращения осложнений перед переливанием крови определяют:

- 1) Группу крови реципиента.
- 2) Группу крови донора.
- 3) Резус-принадлежность реципиента.
- 4) Пробу на индивидуальную совместимость.
- 5) Совместимость по резус-фактору.
- 6) Биологическую пробу.

2 Переливание крови производит врач. Определение групп крови производится при комнатной температуре 15-20 град., при хорошем освещении.

Для определения группы крови необходимо иметь:

- 1) Проверенные свежие сыворотки 3-х групп крови по две разные серии каждой группы
- 2) 2 белые тарелки с маркировкой 3-х первых групп крови 0/I, A/II, B/III
- 3) Пробирку с кровью реципиента.

Рядом с обозначением на тарелку наносят по 2 капли сывороток соответствующих групп 2-х разных серий. Каждую пипетку после нанесения капель опускают в тот флакон с сывороткой, из которого ее взяли!

3 Капли крови (соотношение между сывороткой и кровью 10:1), группу которой хотят определить, вносят отдельными стеклянными палочками в сыворотку, тщательно перемешивают (постоянно покачивая тарелку), наблюдают в течение 10 мин.

Если кровь 0/I группы, то агглютинация не произойдет ни в одной из капель сывороток,

Если кровь А/II - агглютинации не будет с сыворотками одноименной группы, а с сыворотками 0/I и В/III будет агглютинация.

Если кровь В/III — агглютинации не будет с сыворотками одноименной группы, а с сыворотками 0/I и А/II будет агглютинация.

Если кровь АВ/IV агглютинация произойдет со всеми сыворотками.

Контроль АВ(IV) гр. крови производят с сывороткой АВ(IV).

Проба на индивидуальную совместимость

Каплю крови донора перемешивают с сывороткой крови пациента и наблюдают в течение 5 мин. Появление агглютинации свидетельствует о несовместимости крови.

Проба на совместимость по резус-фактору

Необходимые ингредиенты:

- 1 Сыворотка реципиента.
- 2 Кровь донора.
- 3 33% р-р полиглюкина.
- 4 Физиологический раствор.

Техника:

Проба проводится в пробирке без подогрева в течение 3 мин. На пробирке следует отметить Ф., И., О. и группу крови донора и № флакона с кровью. На дно пробирки пастеровской пипеткой внести 2 капли сыворотки реципиента, одну каплю донорской крови и одну каплю 33% раствора полиглюкина.

Содержимое пробирки перемешать путем встряхивания и затем медленно поворачивать таким образом, чтобы содержимое ее растеклось по стенкам пробирки. Это растекание содержимого пробирки по ее стенкам делает реакцию более выраженной, контакт эритроцитов донора с сывороткой пациента при поворачивании пробирки следует продолжить 3 мин., через 3 мин в пробирку долить 3-5 мл физиологического раствора и перемешать содержимое путем 2-3 кратного перевертывания пробирки. НЕ ВЗБАЛТЫВАТЬ!

Смотрим в проходящем свете. Наличие агглютинации в пробирке указывает, что кровь донора несовместима с кровью реципиента и потому не может быть ему перелита. Если содержимое пробирки остается равномерно окрашенным и не наблюдается признаков агглютинации эритроцитов, это значит, что кровь донора совместима с кровью реципиента.

Технология проведения биологической пробы

Переливание крови начинают с биологической пробы: первые 30-45 мл крови переливают в 3 этапа по 10-15 мл струйно с интервалом в 3 мин. При отсутствии реакции переливать кровь можно. Заканчивая вливание, во флаконе оставляют 5-10 мл крови и хранят ее в холодильнике в течение 2 суток, чтобы в случае возникновения осложнений подвергнуть ее исследованию.

При несовместимости крови

- 1 Жалобы пациента на боли в поясничной области, груди, конечностях.
- 2 Тошнота, может быть рвота.
- 3 Изменение цвета кожных покровов. При появлении этих признаков, переливание крови необходимо прекратить!

Кровь переливается со скоростью 40-60 капель в минуту. При необходимости может быть перелита струйно. Кровь, предназначенная для переливания, согревается при комнатной температуре.

Постинъекционные осложнения

- 1 Если при введении лекарственного средства на месте введения появляется припухлость, значит игла находится не в просвете вены, и лекарство поступает в окружающую клетчатку. Нередко это сопровождается появлением в месте пункции жжения и боли. Ряд лекарственных веществ, особенно 10% р-р хлористого кальция, вызывает раздражение подкожной клетчатки или некроз. Если это произошло, нужно оставить иглу на месте, отсоединить от неё шприц, а другим шприцем ввести через иглу в клетчатку 5-10 мл физраствора, для понижения концентрации попавшего и неё хлористого кальция. Затем производится обкалывание в место пункции 0.25 р-ра новокаина в количестве 10 мл.
- 2 Если образовалось кровоизлияние на месте прокола, то накладывается полуспиртовой компресс или повязка с гепариновой мазью.
- 3 Флебит - воспаление венозного ствола. Лечение - повязка с гепариновой мазью, можно использовать полуспиртовые компрессы и с мазью Вишневского.
- 4 Воздушная эмболия возникает при технических погрешностях, когда в вену попадает воздух, попадание 100 мл. воздуха является смертельным, но серьезные осложнения вызывают и меньшие количества воздуха. Для профилактики эмболии надо правильно и герметично монтировать систему (лучше всего использовать одноразовые системы).
- 5 Повреждение нервных стволов может произойти при в/м и в/в инъекциях Либо механически (при неправильном выборе места инъекции), либо химически, когда депо лекарственного средства оказывается рядом с нервом. Тяжесть осложнения может быть различна - от неврита (воспаление нерва) до паралича (выпадение функции).
- 6 Тромбофлебит - воспаление вены с образованием в ней тромба – наблюдается при частых венепункциях одной и той же вены или при использовании недостаточно острых игл. Признаками тромбофлебита являются боль, гиперемия кожи и образование инфильтрата по ходу вены. Температура тела может быть субфебрильной.
- 7 Сепсис - может возникнуть при грубейших нарушениях правил асептики во время внутривенной инъекции или вливания, а также при использовании нестерильных растворов.

К отдаленным осложнениям, которые возникают через 2-3 месяца после инъекции, можно отнести вирусный гепатит В, С (сывороточный гепатит) - инфекционное заболевание, инкубационный период которого длится 2-6 месяцев, а также ВИЧ-инфекцию, при которой инкубационный период составляет от 6-12 недель до нескольких месяцев.

Аллергические реакции на введение того или иного лекарственного средства путем инъекции могут протекать в виде крапивницы, острого конъюнктивита, отека Квинке. Самая грозная форма — анафилактический шок. О развитии аллергической реакции на введение лекарственного средства следует немедленно сообщить врачу и приступить к оказанию экстренной помощи. Категорически нельзя вводить в вену масляные растворы и суспензии!!!

Правила ухода за подключенным катетером

Если у пациента имеется подключенный катетер, необходимо:

в/венные вливания проводить путем прокалывания пробки иглой, предварительно обработав ее спиртом;

после каждого вливания заполнить катетер раствором гепарина (0,1 -0,2 мл гепарина на 5 мл физ.раствора), проколоть пробку тонкой иглой и удалить иглу со шприцем, не снимая пробки;

ежедневно обрабатывать кожу вокруг катетера спиртом и накладывать асептическую повязку.

Оказание помощи пациентам при некоторых неотложных состояниях

В процессе развития заболевания иногда возникают осложнения (остановка

сердца и дыхания, кровотечения), несвоевременность выявления которых и

задержка оказания помощи может привести к смерти пациента.

Медицинская

сестра должна знать о них, быть готовой к их появлению у определенной

группы пациентов, своевременно их диагностировать и принимать экстренные меры для их устранения до прихода врача, которого обязана немедленно вызвать. Особо опасными осложнениями являются остановки сердца и дыхания, что принято называть состоянием клинической смерти. Эти осложнения требуют немедленного проведения мероприятий интенсивной терапии, направленной на восстановление функций сердца и легких. Мероприятия интенсивной терапии (реанимационные мероприятия) включают непрямой массаж сердца и искусственную вентиляцию легких.

Технология проведения непрямого (закрытого) массажа сердца

Производится с целью восстановить циркуляцию крови в организме, т.е.поддержать кровообращение в жизненно важных органах при остановке

сердечной деятельности. Чем раньше массаж будет начат, тем скорее будет

получен эффект. Необходимо помнить, что от момента остановки сердца до

развития в головном мозге необратимых изменений проходит очень короткий промежуток времени, исчисленный 4-6 мин. В течение этого времени и должны быть начаты реанимационные мероприятия.

Для успешного проведения непрямого массажа сердца, пациента необходимо поместить на жесткую поверхность. Если остановка сердца наступила на койке с пружинным матрацем, то пациента надо положить на

кровати так, чтобы грудной отдел позвоночника находился на твердом изгибе. Для этого верхнюю половину туловища смешают на край кровати; голова при этом будет свисать вниз. Медицинская сестра должна встать сбоку от пациента и обнажить его грудную клетку.

Непрямой массаж сердца производится следующим образом. Левая ладонь помещается на нижнюю треть грудины, а правая кладется на левую. Обе руки должны быть выпрямлены, а плечевой пояс располагаться над грудной клеткой. Массаж осуществляется энергичными резкими надавливаниями на грудину; при этом грудина должна смещаться на 3-4 см. к позвоночнику. Число надавливаний определяется возрастом ребенка. Сердце сдавливается между грудиной и позвоночником, и кровь из желудочков выбрасывается в аорту и легочную артерию. При прекращении надавливания грудина поднимается, и сердце вновь наполняется кровью из полых вен. Таким образом осуществляется искусственное кровообращение. Массаж следует продолжать до восстановления полноценной самостоятельной деятельности сердца, до появления отчетливого пульса и повышения давления до 80 мм рт. ст. Массаж сердца должен обязательно сопровождаться искусственной вентиляцией легких.

Технология проведения искусственного дыхания

Производится с целью периодического замещения воздуха в легких при отсутствии или недостаточности естественной вентиляции. ИВЛ лучше выполнять с помощью ручных приборов мешка Амбу и др. При отсутствии

респиратора нельзя терять минуты на его доставку и необходимо сразу начать ИВЛ экспираторным способом.

Способ изо рта в рот. Эффективность при этом способе достигается максимальным запрокидыванием головы пациента назад. При этом, корень

языка и надгортанник смещаются вперед и открывают свободный доступ воздуха в гортань.

Стоя с боку, медицинская сестра одной рукой надавливает запястьем на лоб пациента и запрокидывает его голову, а другую руку подкладывает под

шею. В основе искусственной вентиляции легких лежит ритмичное вдувание

воздуха из дыхательных путей медицинской сестры в дыхательные пути

пациента под положительным давлением. При проведении ИВЛ рот пациента

должен быть постоянно открыт.

Способ изо рта в нос. Вдувание воздуха в дыхательные пути производится

через нос: рот пациента при этом должен быть закрыт. Данный способ принципиально не отличается от описанного выше.

При наличии дыхательного меха (мешка Амбу) или маски ИВЛ лучше выполнять с их помощью, так как это улучшает физиологическую основу

вентиляции в дыхательные пути вводится воздух, обогащенный кислородом.

При этом маска должна туго прижиматься вокруг носа и рта пациента.

Технология остановки наружного кровотечения

Наружные кровотечения (носовые, кровотечения из варикозно расширенных вен нижних конечностей, из послеоперационных ран нижних и верхних конечностей) требуют немедленной остановки. Медицинская сестра должна владеть основными техническими приемами временной остановки наружного кровотечения. Возникшее кровотечение проще остановить путем тампонады раны, наложения давящей повязки, приданием конечности приподнятого положения, а также прижатием главных артериальных стволов. Однако более эффективным способом временной остановки кровотечения является круговое перетягивание конечности с помощью специального жгута Эсмарха, представляющего собой резиновую трубку длиной около 1,5 м с крючком и цепочкой на концах. Жгутом производится круговое сдавливание мягких тканей конечности вместе с кровеносными сосудами и прижатие их к кости. Необходимо помнить, что жгут на голове тело накладывать нельзя. Предварительно на кожу должна быть наложена мягкая ткань (марля, бинт, ткань одежды). О возникшем кровотечении необходимо немедленно сообщить врачу. Помощь медицинской сестры, хорошо владеющей техникой проведения реанимационных мероприятий, безусловно будет способствовать успешному лечению пациента.

Профилактика ВИЧ-инфекций и вирусных гепатитов В и С у медицинских работников

ВИЧ-инфекция и гемоконтактные (парентеральные) вирусные гепатиты В и С относятся к категории преимущественно хронических инфекционных заболеваний, завершающихся развитием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИДа), а при гепатитах цирротической стадии с возможным развитием гепатоцеллюлярной карциномы.

Заражение медицинского работника чаще всего происходит при загрязнении кожи и слизистых оболочек биологическими жидкостями больного (кровью, сывороткой, ликвором, спермой и др.) и при травматизации их во время выполнения медицинских манипуляций (порез, укол, повреждение кожи мелкими обломками кости и др.).

Следует отметить, что заражение вирусами гепатитов В и С, в отличие от ВИЧ происходит значительно легче и чаще в связи с их меньшей инфицирующей дозой и высокой устойчивостью вируса во внешней среде.

Риску профессионального инфицирования чаще всего подвержены медицинские работники, которые соприкасаются с кровью и её компонентами.

В первую очередь, это сотрудники гематологических, реанимационных, стоматологических, гинекологических, хирургических и гемодиализа отделений, процедурных кабинетов, лаборанты и т.д., а также лица, работающие на производстве по заготовке крови, ее компонентов и ее препаратов. Учитывая возможную инфицированность крови и биологического материала человека вирусами СПИДа, гепатитов, цитомегаловирусами, рядом онкогенных вирусов правила профилактики профессионального заражения распространяются на все лечебно-профилактические учреждения, независимо профиля. Эти правила сводятся к максимальному предотвращению возможности загрязнения кожи и слизистых. Для профилактики профессионального инфицирования необходимо:

при выполнении манипуляций медицинский работник должен быть одет в халат, шапочку, сменную обувь, выходить в которой за пределы лабораторий, отделений запрещается; все манипуляции, при которых может произойти загрязнение рук кровью, сывороткой или другими биологическими жидкостями, проводить в перчатках. Резиновые перчатки, снятые единой рукой, повторно не используются из-за возможности загрязнения рук. В процессе работы перчатки обрабатываются 70% спиртом, 3% хлорамином, спиртовым раствором хлоргексидина и др. мед. работники должны соблюдать меры предосторожности при выполнении манипуляций с режущими и колющими инструментами (иглы, скальпели, ножницы); открывая бутылки, флаконы, пробирки с кровью или сывороткой, следует избегать уколов, порезов перчаток и рук;

при повреждении кожных покровов необходимо немедленно обработать и снять перчатки, выдавить кровь из ранки, затем под проточной водой тщательно вымыть руки с мылом, обработать их 70% спиртом и смазать ранку 5% раствором йода. При загрязнении рук кровью следует немедленно обработать их тампоном, смоченным 3% раствором хлорамина или 70% спиртом, вымыть их двукратно теплой проточной водой с мылом и насухо вытереть индивидуальным полотенцем;

если кровь попала на слизистые оболочки глаз, их следует сразу же промыть водой или 1% раствором борной кислоты. При попадании на слизистую оболочку - обработать 1% раствора протаргола, на слизистую оболочку рта - полоскать 70% раствором спирта или 0,05% раствором марганцево-кислого калия, или 1% раствором борной кислоты;

при угрозе разбрызгивания крови и сыворотки, обломков костей следует применять средства защиты глаз и лица: защитную маску, очки, защитные щитки;

разборку, мойку, ополаскивание медицинского инструмента, пипеток, лабораторной посуды, приборов или аппаратов, которые соприкасались с кровью или сывороткой, надо проводить только в резиновых перчатках после предварительной дезинфекции (обеззараживания);

медицинские работники, имеющие раны на руках, экссудативные поражения кожи или мокнущий дерматит, на время заболевания отстраняются от ухода за пациентами и контакта с предметами для ухода. При необходимости выполнения работы все повреждения должны быть закрыты напальчниками, лейкопластырем;

бланки направлений в клиничко-диагностическую лабораторию категорически запрещается помещать в пробирки с кровью;

поверхность рабочих столов в конце рабочего дня (а в случае загрязнения кровью - немедленно) обрабатываются 3% раствором хлорамина или 6% раствором перекиси водорода с 0,5% моющего средства. Причем, если поверхность загрязнена кровью или сывороткой, процедуры выполняют дважды: немедленно и с интервалом в 15 минут;

заполнение учетной и отчетной документации должно вестись на чистом столе;

запрещается принимать пищу, курить и пользоваться косметикой на рабочих столах;

не стоит проводить никаких парентеральных и лечебно-диагностических процедур мед. персоналу в тех помещениях, которые предназначены для обслуживания больных.

Для надежной защиты медицинских работников от гепатита В проводится 3-кратная иммунизация по схеме 0-1-6, т.е. через 1 и 6 месяцев после первой прививки (вакцины компании «Мерк, Шарп & Доум», либо «Смят Клейн Бичен», либо «Комбиотек»).

В тех случаях, когда произошла травматизация рук и других частей тела с загрязнением кожи и слизистых биологическими жидкостями, мед. работнику, привитому ранее против гепатита В, проводится иммунизация по эпидемическим показаниям так же 3-кратно в более короткие сроки (по схеме 0-1-2) с ревакцинацией через 12 месяцев. Прививка в этих случаях должна проводиться как можно скорее - не позднее 1-2 суток после травмы. Травмы мед. работников должны учитываться в каждом лечебно-профилактическом учреждении. Пострадавшие должны наблюдаться не менее 6-12 месяцев у врача-инфекциониста. Медицинское наблюдение

проводится с обязательным обследованием на маркеры вирусных гепатитов В, С и ВИЧ-инфекции.

Хотя первейшей мерой профилактики заражения медицинского персонала вирусом СПИДа является предотвращение непосредственного контакта с кровью и жидкостями инфицированного организма, но, если вследствие повреждения кожи или слизистых оболочек медработника такой контакт все же случается, необходимо прибегнуть к посттравматической профилактике (ПТП) с помощью таких антиретровирусных средств, как азидотимидин (ретровир), индинавир (криксиван), эпивир (ламивудин) и некоторые другие. /CDC, MMRW; 1996; 45:468-72; JAMA, 1996 July 10; 276(2). Контрольными исследованиями установлено, что азидотимидин эффективен в посттравматической ВИЧ-профилактике. Азидотимидин примерно на 79% уменьшает риск ВИЧ-сероконверсии после посттравматического ВИЧ-инфицирования. Перспективные исследования применения азидотимидина для ВИЧ-инфицированных женщин и их детей показывают, что непосредственный профилактический эффект азидотимидин на плод и/или новорожденного выражается в 67%-ном уменьшении перинатальной ВИЧ-трансмиссии, защитный эффект изидотимидииа лишь частично объясняется уменьшением титра ВИЧ в материнской крови.

Посттравматическая профилактика (ПТП) точно так же снижает ретровирусную активность. В среднем риск ВИЧ-инфекции при чрезкожном проникновении крови от ВИЧ-пациента составляет 0,3%. Наиболее высокий риск инфицирования отмечается при глубоких поражениях кожных покровов, подвергшихся воздействию видимой крови на медицинском инструментарии, при соприкосновении с инструментом, находившимся в вене или артерии пациента (например, с иглой при флеботомии); или в организме больного (следовательно, имевшего высокий титр ВИЧ). Чем больший объем крови был задействован, тем выше риск. При поверхностных повреждениях крови риск инфицирования уменьшается и составляет 0,1% и менее в зависимости от объема крови и титра ВИЧ. Пока данные об эффективности и токсичности ПТП, а также риске ВИЧ-инфицирования при тех или иных повреждениях кожи ограничены. Однако, в большинстве случаев подобные травмы не приводят к ВИЧ-инфицированию. Поэтому при назначении ПТП следует принимать в расчет ее потенциальную токсичность. Если есть такая возможность, лучше обратиться за рекомендациями к экспертам в области антиретровирусной терапии и ВИЧ-трансмиссии.

Известно, что сочетание азидотимидина (ретровира) и ламивудина (эпивира) увеличивает антиретровирусную активность и преодолевает формирование резистентных штаммов. Добавление протеазы (индинавир, саквинавир) особенно показано при случаях, связанных с высоким риском инфицирования. Однако, учитывая вероятность возникновения резистентных штаммов, добавление ингибиторов протеазы целесообразно и при ситуациях меньшего риска.

В случае получения травмы во время манипуляций, процедур, операций, информация заносится в «Журнал учета аварийных ситуаций, травм медицинского персонала».

Журнал учета аварийных ситуаций, травм медицинского персонала

№ отделения, стационара, профиль подразделения амбулаторно-поликлинического учреждения	Фамилия, имя, отчество медицинского работника, получившего травму	Должность медицинского работника	Дата (час) травмы (аварии)	Характер травмы, аварии
1	2	3	4	5

Примечание:

- в графе «Характер травмы» указать - укол иглой в перчатках, без перчаток, порез скальпелем (в перчатках, без перчаток), попадание крови, ликвора, содержимого родовых путей на слизистые оболочки, на кожу;

- в случае получения травмы при обслуживании ВИЧ-инфицированного больного медицинский работник немедленно (в течение 1-х суток) направляется в Центр по профилактике и борьбе со СПИДом.

Технология взятия крови из вены для лабораторных исследований

Для биохимического исследования крови по нескольким параметрам (исследование обмена Солкой, липидов, активности ферментов и др.) следует направлять в лабораторию венозную кровь в химической пробирке 8-10.

Результаты исследования во многом зависят от техники взятия крови, используемых при этом инструментов, сосудов, в которых хранится кровь. При взятии крови игла должна быть с коротким срезом и достаточно больших размеров, чтобы не травмировать противоположную стенку вены и не вызвать повреждения эритроцитов с последующим гемолизом. Для многих веществ имеется очень высокий перепад концентраций между эритроцитами и плазмой, так что даже незначительный гемолиз может обусловить резкое повышение концентрации определенных веществ в плазме (калия, активности КФ, АСаТ, АЛаТ, ЛДГ). В вене должен быть создан минимальный стаз (продолжительный стаз крови в венах руки повышает концентрацию кальция, общего белка). Кровь брать сухим охлажденным шприцем, спускать без иглы в сухую пробирку не встряхивая.

Инфекционный контроль

Инфекционный контроль - это система эффективных профилактических и противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения госпитальных инфекций, основанная на результатах эпидемической диагностики.

Целью инфекционного контроля являются снижение заболеваемости, летальности и экономического ущерба от госпитальных инфекций.

Госпитальная инфекция - это любые инфекционные заболевания, проявившиеся в условиях стационара. К госпитальным инфекциям также относятся случаи инфицирования медицинских работников ЛПУ, возникшие в результате их профессиональной деятельности.

Дезинфекция физическими методами

1 Физический метод дезинфекции надежней, экологически чист и безопасен для персонала, поэтому в тех случаях, когда позволяют условия (оборудование, номенклатура изделий и т.д.) при проведении дезинфекции изделий предпочтение следует отдать этому методу.

2 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).

3 Дезинфекции способом кипячения подвергают изделия из стекла, металлов, термостойких полимерных материалов и резины. Перед кипячением изделия очищают от органических загрязнений, промывая водопроводной водой. Отсчет времени дезинфекционной выдержки начинают с момента закипания воды.

4 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.

5 Дезинфекцию воздушным методом изделий из стекла, металлов, силиконовой резины проводят без упаковки в воздушных стерилизаторах. Этим методом можно дезинфицировать только изделия, не загрязненные кровью.

Дезинфекция химическим методом

1 Дезинфекцию химическим методом проводят способом погружения изделий в раствор в специальных емкостях из стекла, пластмасс или в покрытых эмалью без повреждений. Наиболее удобно применение специальных контейнеров в которых изделия размещают на специальных перфорированных решетках.

Разъемные изделия дезинфицируют в разобранном виде. Каналы и полости изделий заполняют дезинфицирующим раствором. Для изделий и их частей, не соприкасающихся непосредственно с пациентом, может быть использован способ двукратного протирания салфеткой из бязи или марли, смочено в растворе дезинфицирующего вещества. Способом протирания не рекомендуется использовать средства, содержащие альдегиды (Глутарал, Глутарал-Н, Сайдекс, Гигасепт ФФ, Бианол, формалин и др.) а также Дезоксон-1 и Дезоксон-4 во избежание побочного токсичного эффекта.

2 Для дезинфекции изделий разрешены к применению дезинфицирующие средства отечественного и зарубежного производства из следующих основных химических групп: хлорсодержащие средства, средства на основе перекиси водорода, на основе спиртов, альдегидов катионных поверхностно-активных веществ.

3 Более щадящим действием по отношению к материалам, из которых Изготавливаются медицинские изделия, обладают альдегидсодержащие средства: Глутарал, Глутарал-Н, Бианол, Сайдекс, Гигасепт ФФ, Лизоформин-3000, Дезаформ, Альдазан-2000, Секусепт-Форте и др.

Эти средства рекомендованы для изделий из стекла, металлов, резин, полимерных материалов, в том числе термолабильных.

Недостатком многих средств из этой группы является их способность фиксировать органические загрязнения на поверхности и в каналах изделий. Во избежание этого изделия необходимо отмыть от загрязнений с соблюдением противоэпидемических мер, а затем дезинфицировать, в соответствии методических указаний по применению средства.

4 Применение спирта этилового синтетического ректифицированного рекомендовано только для дезинфекции инструментов из металлов. Для дезинфекции изделий не только из металлов, но и других материалов разрешены к применению средства на основе спиртов и катионных ПАВ:

Гибитан, Велтосепт. Средства, содержащие спирты, также обладают свойством фиксировать загрязнения органического происхождения, что обуславливает необходимость предварительного отмывания загрязненных изделий перед дезинфекцией с соблюдением противоэпидемических мер.

5 Хлорсодержащие средства (Хлорамин Б или ХБ, ДП-2, Присепт, Клорсепт и др.), а также большинство средств на основе перекиси водорода (перекись водорода с 0,5% моющего средства, Пероксимед, ПВК и др.) 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).

6 Дезинфицирующие средства с моющим действием, такие как Пероксимед, нейтральные анолиты, Лизетол АФ, Виркон и другие могут быть использованы для дезинфекции изделий медицинского назначения и предстерилизационной очистки на одном этапе обработки.

Дезинфекция помещений, предметов обстановки

2-кратное протирание ветошью, смоченной в р-ре:

- 1) хлорамин Б - 1% р-р;
- 2) перекись водорода 3% р-р с моющим средством;
- 3) лизоформин 3000, лизоформин-специаль, амоцид.

Обработка ветоши.

1 Погружение в один из р-ров на 60 мин. перед использованием.

- а) хлорамин Б 1 % р-р;
- б) гипохлорид Са 0,5% р-р.

2 Кипячение в 2% содовом р-ре - 15 мин.

3 Кипячение в дистиллированной воде - 30 мин.

4 Лизоформин-специаль 2% - 4 часа.

Порядок проведения текущей уборки

1 Влажная уборка процедурного кабинета проводится не менее 2 раз в сутки, при необходимости чаще: утром перед началом рабочего дня и в конце рабочей смены. Влажную уборку всегда необходимо сочетать с дезинфекцией и бактерицидным облучением помещения. Для дезинфекции могут быть использованы 1 % р-р хлорамина с добавлением 0,5% р-р моющего средства, 1,5% р-р лизоформина-специаль, 1,5% р-р амоцида, р-р нейтрального анолита согласно методических указаний к раствору.

2 Медсестра или санитарка для уборки одевает халат и перчатки. В специальную емкость наливается дезраствор и закладывается чистая ветошь для обработки поверхностей. Протираются все поверхности двукратно с интервалом 15 мин в строгой последовательности — стол для стерильного материала, шкафы для стерильных растворов, оборудования, манипуляционные столы, стулья, кушетки для больных.

3 Для уборки используется специально выделенный уборочный инвентарь, имеющий четкую маркировку с указанием помещения, вида уборочных работ и специальное место хранения.

4 После влажной уборки включаются бактерицидные потолочные или настенные облучатели на 60 минут, после чего проветривается помещение.

5 Уборочный инвентарь после использования подвергается дезинфекции.

Порядок проведения генеральной уборки

Генеральная уборка проводится один раз в неделю. В помещениях предварительно проводят уборку с применением растворов моющих средств для удаления механических и других загрязнений с целью более эффективного воздействия на обрабатываемые поверхности дезинфицирующего средства. Затем помещение (пол, стены), оборудование протирают ветошью, обильно смоченной одним из дезрастворов: 6% раствором перекиси водорода с 0,5% моющего средства, 5% раствором хлорамина, 1% активированным раствором хлорамина, 0,75% раствором Лизоформина-3000, 3% раствором Амоцида, 0,5% раствором Бионола из расчета 200 мл. кв. м обрабатываемой поверхности. При применении растворов перекиси водорода и хлорамина возможно использование для орошения поверхностей распыляющей аппаратуры.

Время дезинфекционной выдержки 60 минут. После экспозиции поверхность протирают стерильной ветошью. После дезинфекции, помещение облучают ультрафиолетовым светом (прямым или отраженным), включая настенные и потолочные бактерицидные облучатели ОБН-200 или ОБН-350 один облучатель на 30 куб.м помещения, ОБН-150 или ОБН-300 на 60 куб. м на 2 часа с последующим проветриванием. Персонал при

проведении генеральной уборки использует чистый халат, обувь, ватно-марлевую маску, клеенчатый фартук, перчатки.

Генеральная уборка проводится по графику, утвержденному зав.отделением. Ответственным лицом за проведение генеральной уборки является старшая медицинская сестра отделения.

Меры предосторожности при работе с дезинфицирующими, моющими и стерилизующими средствами

1 К работе со средствами не допускаются лица моложе 18 лет, страдающие аллергическими заболеваниями, беременные женщины и кормящие матери.

2 Приготовление рабочих растворов средств, дезинфекцию, предстерилизационную очистку и стерилизацию проводят в специальном помещении с естественной или искусственной приточно-вытяжной вентиляцией.

3 Емкости с рабочими растворами в процессе обработки должны быть плотно закрыты крышками. Все работы со средствами выполнять в резиновых перчатках, герметичных очках, 4-х слойной марлевой маске.

4 Если в методических указаниях по применению средства имеются рекомендации по защите органов дыхания респираторами следует неукоснительно соблюдать.

5 Необходимо строго соблюдать последовательность и точно выполнять все этапы дезинфекции, очистки, систематически проводить контроль за качеством и полнотой щелочных компонентов моющих средств, обеспечивая максимальное удаление их остатков с обрабатываемых объектов.

6 После окончания работ со средствами помещение проветрить.

7 Хранить средства в отдельном помещении, в прохладном месте, закрытым в шкафу отдельно от лекарственных препаратов, в местах, недоступных детям. Все дезинфицирующие, моющие средства и их растворы должны иметь этикетки с указанием названия и концентрации.

Основная литература

№ п/п	Название	Авторы	Год, место издания
1.	Организация ухода за детьми в хирургической клинике	А.В.Гераськин, Н.В.Полунина, Т.Н.Кобзева, Н.М.Ашанина	Москва 2011 Миамед.
2.	Общий уход за больными в	Ослопов В.Н.	Гэотар- Медиа, 2008г

	терапевтической клинике		
3.	Учебно-методическое пособие Организация ухода за больными хирургического профиля	Разумовский А.Ю. Кобзева Т.Н.	2015г ООО Петроруш.
4.	Уход за хирургическими больными.	Кузнецов Н.А., Бронтвейн А.Т.	2011г.
5.	Уход за хирургическими больными. Руководство к практическим занятиям.	Кузнецов Н.А. и др.	2011г.
6.	Работа медицинской сестры хирургического стационара	Михин И.В., Косивцов О.А.	Изд-во ВолгГМУ, 2015
7.	Справочник для медицинских сестер процедурного кабинета.	Общая редакция: Гриненко А. Я., Составители; Лисанов А. Г. , Саркисова В. А. , Алексеева Л. И.	СПб, 2005 - 220 с.
8.	Помощник процедурной медицинской сестры	Васильева Е.И.	учеб. пособие, Иркутск, 2011 – 27 с.
9.	СТАНДАРТЫ И ТЕХНОЛОГИИ ПРАКТИЧЕСКОЙ	под общей редакцией О.В.	Новосибирск, 2013 – 82 с.

	ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР (Методические профессиональной деятельности медицинской сестры процедурной)	Стрельченко /О.В. Стрельченко, Е.Ю. Орлова, А.А. Белых	
10.	Справочник для медицинской сестры процедурного кабинета: методические рекомендации		Ассоциация медицинских сестёр России. - СПб. : [б. и.], 2008. - 341 с.

Дополнительная литература

№ п/п	Авторы	Название	Год, место издания
1.	Общий уход за больными.	Мурашко В.В., Шуганов Е.В., Панченко А.В.	М.: Медицина, 1989
2.	Атлас по манипуляционной технике (для медицинских училищ)	Мухина С.А., Тарновская И.И.	М.: Медицина, 1995
3.	Общий уход за больными (для медицинских училищ).	Мухина С.А., Тарновская И.И.	М.: Медицина, 2004
4.	Уход за хирургическими пациентами.	Кузнецов Н.А.	М.: Медицина, 2010г.
5.	Первая помощь при травмах и	Демичев С. В.	- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011 - 160 с. - ISBN 978-

	заболеваниях		5-9704-1774-4
6.	СанПиН 3.3686-21 Раздел XXXII Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи		Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021 № 4 "Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686- 21 "Санитарно- эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней" (Зарегистрирован 15.02.2021 № 62500) Дата опубликования: 18.02.2021 Номер опубликования: 0001202102180019

Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

1 Чернов В.Н., Таранов И.И., Маслов А.И. Уход за хирургическим больным.

Учебное пособие. Ростов н\Д.: Изд. центр «Март», 2004 - 224 с. 600

2 Пропедевтика хирургии: учеб. пособие для мед. вузов / под ред. В.К.

Гостищева, А.И. Ковалева. - М.: МИА, 2008 100 с

3 Общий уход за больными в терапевтической клинике В.Н. Ослопов, О.В.

Богоявленская. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2013 – 463с 33,ЭР

4 Общий уход за больными в терапевтической клинике В.Н. Ослопов, О.В.

Богоявленская. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2008 – 464с