

Серия «Среднее медицинское образование»

МЕДИЦИНСКИЙ И СОЦИАЛЬНЫЙ УХОД

Ростов-на-Дону
«Феникс»
2021

Электронное приложение

Алгоритмы манипуляций и документация лечебных отделений к главе 4.5 Обеспечение безопасной больничной среды при организации и осуществлении медицинского и социального ухода

Таблица 1

Шкала оценки риска падений Морзе (Morse Fall Scale)

Категории	Варианты ответов	Количество баллов
1. Падение в анамнезе	нет	0
	да	25
2. Сопутствующие заболевания (более 1 заболевания)	нет	0
	да	15
3. Имеет ли пациент вспомогательное средство для перемещения	Постельный режим/помощь медсестры	0
	Костыли/ палка/ходунки	15
	Придерживается при перемещении за мебель	30
4. Проведение внутривенной терапии (наличие в/в катетера)	нет	0
	да	20
5. Функции ходьбы	Норма/постельный режим/обездвиженность	0
	Слабая	10
	Нарушена	20
Оценка пациентом собственных возможностей и ограничений (ментальный/психический статус)	Знает свои ограничения	0
	Переоценивает свои возможности или забывает о своих ограничениях	15
Итого:		

Таблица 2

**Стандартизированные мероприятия по профилактике риска падений
пациента/клиента**

Ф.И.О. пациента/клиента _____

№ Медицинской карты _____ Дата рождения _____

№	Мероприятия	Факт выполнения (время/дата)			
1	Наличие желтого браслета				
2	Пациент и его семья получили информацию по профилактике риска падения				
3	Пациент расположен в палате максимально близко к посту медсестер				
4	Кровать в низкой позиции, зафиксирована с помощью тормозных педалей				
5	Боковые ограничители подняты				
6	Боковые ограничители подняты				
7	Кнопка вызова медсестер исправна и доступна				
8	Средства перемещения находятся рядом с пациентом (коляска, ходунки, костыли)				
9	В палате чисто (нет мусора, полы не скользкие)				
10	В зоне доступности пациента вода				
11	Обеспечение регулярного туалета				
12	Пациент ознакомлен с комплексом ЛФК				
Ф.И.О. и подпись медсестры					

Таблица 3

Алгоритм перемещения пациента к изголовью кровати на невысокой кровати (выполняют два человека)

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: функциональная кровать, оборудование для придания нужного положения (валики, подушки), простыни для переворачивания, нестерильные перчатки	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру.	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента.
2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности.
3. Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляций	Обеспечение качественного выполнения процедуры
II. Выполнение процедуры: 4. Помочь пациенту сесть: одна медицинская сестра поддерживает пациента, другая — может подложить подушку	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5. Встать с обеих сторон кровати, лицом друг к другу, близко к кровати и немного сзади пациента так, чтобы плечи были вровень со спиной пациента	Обеспечение качественного выполнения процедуры
6. Положить на край кровати пеленку	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Встать коленом, которое ближе к пациенту, на кровать, расположив голень на пеленке вдоль края кровати и придвинув голень как можно ближе к пациенту. Нога, стоящая на полу, является точкой опоры при поднятии пациента	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Подвести плечо, находящееся ближе к пациенту, в подмышечную впадину и к туловищу пациента. Кисть этой руки подводится под бедра пациента. Пациент кладет свои руки на спину медицинским сестрам. В том случае, если невозможно подвести плечо к подмышечной области пациента или пациент не может положить руку медицинской сестре на спину, необходимо расположить руку между туловищем и плечом пациента. Кисть этой руки располагается под бедрами пациента	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 3

9. Упереться рукой, расположенной ближе к изголовью, в кровать сзади пациента (локоть согнут). Другой рукой, расположенной под бедрами пациента, ближе к ягодицам, медицинские сестры берут друг друга за запястье	Обеспечение качественного выполнения процедуры
10. Приподнять пациента, переместить его на небольшое расстояние и опустить его на постель, сгибая ногу, расположенную ближе к изголовью и руку, обеспечивающую опору. Повторять перемещение до расположения пациента в заданном месте	Обеспечение качественного выполнения процедуры
III. Окончание процедуры: 11. Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни кровати. Уточнить у пациента его самочувствие	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
12. Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положить предметы, часто необходимые пациенту, на столик	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
13. Снять перчатки, поместить их в емкость для утилизации. Обработать руки гигиеническим способом, осушить	Обеспечение инфекционной безопасности
14. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации	Обеспечение преемственности при уходе

Таблица 4

**Алгоритм перемещения пациента к изголовью кровати
(выполняется одной медицинской сестрой)**

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: функциональная кровать, уродование для придания нужного положения (валики, подушки), простыни для переворачивания, стерильные перчатки, емкости для утилизации	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляции	Обеспечение качественного выполнения процедуры
II. Выполнение процедуры: 4. Вытащить края простыни из-под матраса со всех сторон	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5. Убрать подушку из-под головы пациента и положить ее рядом. Опустить изголовье кровати. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально	Обеспечение качественного выполнения процедуры
6. Встать у изголовья кровати, расставив ноги на ширину 30 см и поставить одну ногу немного впереди другой	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Скатать простыню около головы и плеч пациента. Попросить пациента согнуть колени (если он может это сделать) и прижать стопы к матрасу, чтобы быть в состоянии помочь	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Взяться за скатанные края простыни с обеих сторон от головы пациента двумя руками ладонями вверх	Обеспечение качественного выполнения процедуры
9. Согнуть свои ноги в коленях, чтобы спина оставалась ровной	Обеспечение качественного выполнения процедуры
10. Предупредить пациента, чтобы он был готов к перемещению	Обеспечение качественного выполнения процедуры
11. Предупредив пациента, отклонить корпус назад и подтянуть пациента к изголовью кровати	Обеспечение качественного выполнения процедуры
12. Положить подушку под голову пациента, расправить простыню	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 4

13. Переместить пациента на середину постели, точно так же поочередно передвигая три части его тела	Обеспечение качественного выполнения процедуры
14. Поднять голову и плечи пациента и подложить подушку	Обеспечение качественного выполнения процедуры
III. Окончание процедуры: 15. Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни кровати. Уточнить у пациента его самочувствие	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
16. Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положите предметы, часто необходимые пациенту, на столик	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
17. Снять перчатки, поместить их в емкость для утилизации. Обработать руки гигиеническим способом, осушить	Обеспечение инфекционной безопасности
18. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации	Обеспечение преемственности при уходе

Таблица 5

Алгоритм перемещения пациента к изголовью кровати с помощью простыни (выполняется одной медицинской сестрой)

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: функциональная кровать, оборудование для придания нужного положения (валики, подушки), простыни для переворачивания, нестерильные перчатки, емкости для утилизации	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляций	Обеспечение качественного выполнения процедуры
II. Выполнение процедуры: 4. Вытащить края простыни из-под матраса со всех сторон	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5. Убрать подушку из-под головы пациента и положить ее рядом. Опустить изголовье кровати. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 5

6. Встать у изголовья кровати, расставить ноги на ширину 30 см и поставить одну ногу немного впереди другой	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Скатать простыню около головы и плеч пациента. Попросить пациента согнуть колени (если он может это сделать) и прижать стопы к матрасу, чтобы быть в состоянии помочь	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Взяться за скатанные края простыни с обеих сторон от головы пациента двумя руками ладонями вверх	Обеспечение качественного выполнения процедуры
9. Согнуть свои ноги в коленях, чтобы спина оставалась ровной	Обеспечение качественного выполнения процедуры
10. Предупредить пациента, чтобы он был готов к перемещению	Обеспечение качественного выполнения процедуры
11. Предупредив пациента, отклонить корпус назад и подтянуть пациента к изголовью кровати	Обеспечение качественного выполнения процедуры
12. Положить подушку под голову пациента, расправить простыню	Обеспечение качественного выполнения процедуры
III. Окончание процедуры:	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
13. Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни кровати. Уточнить у пациента его самочувствие	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
14. Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положите предметы, часто необходимые пациенту, на столик	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
15. Снять перчатки, поместить их в емкость для утилизации. Обработать руки гигиеническим способом, осушить	Обеспечение инфекционной безопасности
16. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации	Обеспечение преемственности при уходе

Таблица 6

Алгоритм перемещения пациента к краю кровати (выполняется одной медицинской сестрой, пациент может помочь)

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: функциональная кровать, оборудование для придания нужного положения (валики, подушки), простыни для переворачивания, нестерильные перчатки, емкости для утилизации	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляций	Обеспечение качественного выполнения процедуры
II. Выполнение процедуры: 4. Убрать подушку из-под головы пациента и положить ее рядом. Опустить изголовье кровати. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5. Встать у изголовья кровати, расставив ноги на ширину 30 см и поставить одну ногу немного впереди другой. Согнуть колени	Обеспечение качественного выполнения процедуры
6. Попросить пациента скрестить руки на груди, обхватив себя за локти	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Подложить одну руку под шею и плечи пациента, а вторую — под верхнюю часть его спины	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Отклонить корпус назад и подтянуть на себя верхнюю часть его спины	Обеспечение качественного выполнения процедуры
9. Поменять положение рук: одну руку подложить под талию, другую — под бедро пациента	Обеспечение качественного выполнения процедуры
10. Также отклонить корпус назад и потянуть на себя нижнюю часть туловища пациента	Обеспечение качественного выполнения процедуры
11. Подложить руки под голени и стопы пациента и придвинуть их к себе	Обеспечение качественного выполнения процедуры
12. Приподнять голову пациента и подложить под нее подушку	Обеспечение качественного выполнения процедуры

<i>Окончание табл. 6</i>	
III. Окончание процедуры: 13. Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни кровати. Уточнить у пациента его самочувствие	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
14. Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положить предметы, часто необходимые пациенту, на столик	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
15. Снять перчатки, поместить их в емкость для утилизации. Обработать руки гигиеническим способом, осушить	Обеспечение инфекционной безопасности
16. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации	Обеспечение преемственности при уходе

Таблица 7

**Алгоритм размещения пациента лежа на спине
(выполняется одним медицинским работником)**

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: функциональная кровать, вспомогательные устройства, необходимые для пациента, подушка для головы и дополнительные подушки, необходимые для поддержки положения тела в постели, нестерильные перчатки, емкости для утилизации	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляций	Обеспечение качественного выполнения процедуры
II. Выполнение процедуры: 4. Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит посередине кровати	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5. Придать пациенту правильное положение: положить подушку под голову (или поправить оставшуюся), расположить руки вдоль туловища ладонями вниз, расположить нижние конечности на одной линии с тазобедренными суставами	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 7

6. Подложить небольшую подушку под верхнюю часть плеч и шею	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Подложить под поясницу небольшое, свернутое валиком полотенце	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Подложить валики из скатанной в рулон простыни вдоль наружной поверхности бедер, начиная от области большого вертела бедренной кости	Обеспечение качественного выполнения процедуры
9. Подложить небольшую подушку или валик под голень в области ее нижней трети	Обеспечение качественного выполнения процедуры
10. Обеспечить упор для поддержания стоп под углом 90°	Обеспечение качественного выполнения процедуры
11. Положить под предплечья небольшие подушки	Обеспечение качественного выполнения процедуры
III. Окончание процедуры: 12. Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни кровати. Уточнить у пациента его самочувствие	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
13. Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положить предметы, часто необходимые пациенту, на столик	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
14. Снять перчатки, поместить их в емкость для утилизации. Обработать руки гигиеническим способом, осушить	Обеспечение инфекционной безопасности
15. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации	Обеспечение преемственности при уходе

Таблица 8

Алгоритм размещения пациента с гемиплегией в положении Фаулера

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: функциональная кровать, вспомогательные устройства, необходимые для пациента, подушка для головы и дополнительные подушки, необходимые для поддержки положения тела в постели, нестерильные перчатки, емкости для утилизации	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента

Окончание табл. 8

2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляций	Обеспечение качественного выполнения процедуры
II. Выполнение процедуры:	
4. Поднять изголовье кровати под углом 45–60° (или подложить три подушки)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5. Усадить пациента как можно выше. Подложить под голову небольшую подушку (в том случае, если поднималось изголовье)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
6. Слегка приподнять вверх подбородок пациента	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. На прикроватном столике перед пациентом обеспечить опору для парализованной кисти и предплечья; отодвинуть плечо пациента от его тела и подложить под локоть подушку	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Расслабленной кисти придать обычное положение: кисть слегка разогнута ладонью вниз, ее свод сохраняется, пальцы частично согнуты. Можно также положить кисть на половинку разрезанного пополам резинового мячика	Обеспечение качественного выполнения процедуры
9. Спастической кисти придать нормальное положение: если кисть расположена ладонью вниз, пальцы слегка разогнуть; если ладонь обращена вверх, пальцы лежат свободно	Обеспечение качественного выполнения процедуры
10. Согнуть пациенту ноги в коленях и бедрах, подложив под колени подушку или сложенное одеяло	Обеспечение качественного выполнения процедуры
11. Обеспечить упор для стоп под углом 90°	Обеспечение качественного выполнения процедуры
III. Окончание процедуры:	
12. Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни кровати. Уточнить у пациента его самочувствие	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
13. Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положить предметы, часто необходимые пациенту, на столик	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
14. Снять перчатки, поместить их в емкость для утилизации. Обработать руки гигиеническим способом, осушить	Обеспечение инфекционной безопасности
15. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации	Обеспечение преемственности при уходе

Таблица 9

**Алгоритм размещения пациента с гемиплегией в положении на животе
(выполняется одним или двумя медицинскими работниками, пациент
не может помочь)**

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: функциональная кровать, вспомогательные устройства, необходимые для пациента, подушка для головы и дополнительные подушки, необходимые для поддержки положения тела в постели, нестерильные перчатки, емкости для утилизации	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляций	Обеспечение качественного выполнения процедуры
II. Выполнение процедуры: 4. Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5. Передвинуть пациента к краю кровати в направлении не парализованной стороны тела	Обеспечение качественного выполнения процедуры
6. Перейти на другую сторону. Поставить колено на край кровати и повернуть пациента на бок (на не парализованную боковую поверхность тела)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Поместить подушку под живот пациента	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Выпрямить локоть парализованной руки, прижать ее по всей длине к туловищу и подсунуть кисть под бедро или поднять вверх параллельно туловищу	Обеспечение качественного выполнения процедуры
9. Осторожно повернуть пациента через парализованную руку на живот	Обеспечение качественного выполнения процедуры
10. Повернуть голову пациента набок (в сторону парализованной половины тела)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
11. Согнутую в локте руку отвести в сторону кистью к изголовью кровати; пальцы руки по возможности разогнуть	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 9

12. Слегка согнуть оба колена пациента и подложить подушку под обе ноги (от колен до лодыжек)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
13. С помощью достаточной высокой подушки приподнять пальцы стоп над матрасом, так чтобы угол между стопой и голенью составлял 90°	Обеспечение качественного выполнения процедуры
III. Окончание процедуры: 14. Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни кровати. Уточнить у пациента его самочувствие	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
15. Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положить предметы, часто необходимые пациенту, на столик	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
16. Снять перчатки, поместить их в емкость для утилизации. Обработать руки гигиеническим способом, осушить	Обеспечение инфекционной безопасности
17. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации	Обеспечение преемственности при уходе

Таблица 10

**Алгоритм размещения пациента в положении Симса
(положение, промежуточное между положением на животе и на боку)**

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: функциональная кровать, вспомогательные устройства, необходимые для пациента, подушка для головы и дополнительные подушки, необходимые для поддержки положения тела в постели, нестерильные перчатки, емкости для утилизации	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляций	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 10

II. Выполнение процедуры: 4. Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5. Положить пациента на спину	Обеспечение качественного выполнения процедуры
6. Переместить пациента к краю кровати	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Переместить пациента в положение лежа на боку и частично на животе	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Положить подушку под голову пациента	Обеспечение качественного выполнения процедуры
9. Под согнутую, находящуюся сверху руку поместить подушку на уровне плеча. Другую руку пациента положить на простыню	Обеспечение качественного выполнения процедуры
10. Под согнутую «верхнюю» ногу подложить подушку, так чтобы нога оказалась на уровне бедра	Обеспечение качественного выполнения процедуры
11. У подошвы ноги положить мешок с песком	Обеспечение качественного выполнения процедуры
III. Окончание процедуры: 12. Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни кровати. Уточнить у пациента его самочувствие	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
13. Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положите предметы, часто необходимые пациенту, на столик	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
14. Снять перчатки, поместить их в емкость для утилизации. Обработать руки гигиеническим способом, осушить	Обеспечение инфекционной безопасности
15. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации	Обеспечение преемственности при уходе

Таблица 11

Алгоритм перемещения пациента на каталку (должно осуществляться тремя медицинскими работниками)

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: каталка, одеяло, подушка, простыня, клеенка с пеленкой — при необходимости, нестерильные перчатки, емкости для утилизации	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить, как себя вести при транспортировке (если пациент без сознания — информация предоставляется доверенному лицу пациента)	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Сообщить в соответствующее отделение факт транспортировки пациента, его состояние, уточнить номер палаты для пациента, приготовить его историю болезни	Обеспечение качественного выполнения процедуры
3. Определить готовность к транспортировке каталки, ее техническое состояние	Обеспечение качественного выполнения процедуры
4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
5. Постелить на каталку простыню, положить подушку, клеенку с пеленкой (при необходимости)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
II. Выполнение процедуры: 6. Поставить каталку ножной частью под углом к изголовью кровати или другим способом, более удобным в данной ситуации. Отрегулировать высоту каталки по высоте кровати	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Приподнять пациента — один медицинский работник подводит руки под голову и лопатки пациента, второй — под таз и верхнюю часть бедер, третий — под середину бедер и голени	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Одновременно поднять пациента, вместе с ним повернуться в сторону каталки, уложить пациента на каталку. Положить руки пациента ему на грудь или живот	Обеспечение качественного выполнения процедуры
9. Укрыть пациента одеялом	Обеспечение качественного выполнения процедуры
III. Окончание процедуры: 10. Поставить каталку так, как позволяет площадь палаты	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 11

11. Снять с кровати одеяло, раскрыть пациента и доступным способом пере- ложить его на кровать (на руках или на простыне)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
12. Укрыть пациента и убедиться, что он чувствует себя комфортно (если пациент в сознании). Уточнить у пациента о его самочувствии	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
13.. Передать историю болезни дежурной палатной медицинской сестре. Дежурная медицинская сестра обязана срочно доложить о поступлении тяжелобольного пациента дежурному или лечащему врачу	Обеспечение качественного выполнения процедуры
14. Снять перчатки, поместить их в емкость для утилизации. Обработать руки гигиеническим способом, осушить	Обеспечение инфекционной безопасности

Таблица 12

Алгоритм осуществления транспортировки на каталке

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: каталка, одеяло, подушка, простыня, клеенка с пеленкой — при необходимости, емкости для утилизации	
Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить, как себя вести при транспортировке (если пациент без сознания — информация предоставляется доверенному лицу пациента)	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Сообщить в соответствующее отделение факт транспортировки пациента, его состояние, уточнить номер палаты для пациента, приготовить его историю болезни	Обеспечение качественного выполнения процедуры
3. Определить готовность к транспортировке каталки, ее техническое состояние	Обеспечение качественного выполнения процедуры
4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
5. Постелить на каталку простыню, положить подушку, клеенку с пеленкой (при необходимости)	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 12

II. Выполнение процедуры: 6. Встать у каталки — один медицинский работник спереди носилок, другой — сзади, лицом к пациенту. В таком положении осуществить транспортировку внутри учреждения	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Во время транспортировки осуществляется непрерывное наблюдение за состоянием пациента	Обеспечение качественного выполнения процедуры
III. Окончание процедуры: 8. Поставить каталку так, как позволяет площадь палаты	Обеспечение качественного выполнения процедуры
9. Снять с кровати одеяло, раскрыть пациента и доступным способом переложить его на кровать (на руках или на простыне)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
10. Укрыть пациента и убедиться, что он чувствует себя комфортно (если пациент в сознании). Уточнить у пациента о его самочувствии	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
11. Передать историю болезни дежурной палатной медицинской сестре. Дежурная медицинская сестра обязана срочно доложить о поступлении тяжелообольного пациента дежурному или лечащему врачу	Обеспечение качественного выполнения процедуры
12. Снять перчатки, поместить их в емкость для утилизации. Обработать руки гигиеническим способом, осушить	Обеспечение инфекционной безопасности

Таблица 13

Алгоритм осуществления транспортировки на носилках

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: носилки, одеяло, подушка. Простыня. клеенка с пленкой — при необходимости, емкость для утилизации	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить, как себя вести при транспортировке (если пациент без сознания — информация предоставляется доверенному лицу пациента)	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Сообщить в соответствующее отделение факт транспортировки пациента, его состояние, уточнить номер палаты для пациента, приготовить его историю болезни	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 13

3. Определить готовность к транспортировке носилок, их техническое состояние	Обеспечение качественного выполнения процедуры
4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
5. Постелить на носилки простыню, положить подушку, клеенку с пеленкой (при необходимости)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
II. Выполнение процедуры: 6. Встать у носилок — два медицинских работника спереди, два — сзади, лицом к пациенту. В таком положении осуществить транспортировку внутри учреждения	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Передвижение персонала при этом должно осуществляться не в ногу, а короткими шагами, слегка сгибая ноги в коленях, удерживая носилки	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Вниз по лестнице пациента необходимо нести ножным концом носилок вперед в горизонтальном положении. Вверх по лестнице пациента необходимо нести головным концом носилок вперед также в горизонтальном положении	Обеспечение качественного выполнения процедуры
9. Во время транспортировки осуществляют непрерывное наблюдение за состоянием пациента	Обеспечение качественного выполнения процедуры
III. Окончание процедуры: 10. Поставить носилки так, как позволяет площадь палаты	Обеспечение качественного выполнения процедуры
11. Снять с кровати одеяло, раскрыть пациента и доступным способом переложить его на кровать (на руках или на простыне)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
12. Укрыть пациента и убедиться, что он чувствует себя комфортно (если пациент в сознании). Уточнить у пациента о его самочувствии	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
13. Передать историю болезни дежурной палатной медицинской сестре. Дежурная медицинская сестра обязана срочно доложить о поступлении тяжелообольного пациента дежурному или лечащему врачу	Обеспечение качественного выполнения процедуры
14. Снять перчатки, поместить их в емкость для утилизации. Обработать руки гигиеническим способом, осушить	Обеспечение инфекционной безопасности

Таблица 14

Алгоритм транспортировки пациента на кресле-каталке (выполняется одной медицинской сестрой, если пациент может помочь)

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: кресло-каталка, одеяло, подушка, простыня, клеенка с пленкой — при необходимости, емкости для утилизации	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить, как себя вести при транспортировке	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Сообщить в соответствующее отделение факт транспортировки пациента, его состояние, уточнить номер палаты для пациента, приготовить его историю болезни	Обеспечение качественного выполнения процедуры
3. Определить готовность к транспортировке кресла-каталки	Обеспечение качественного выполнения процедуры
4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
II. Выполнение процедуры: 5. Поставить кресло-каталку рядом с кроватью, закрепить тормоза. По возможности опустить кровать до уровня кресла	Обеспечение качественного выполнения процедуры
6. Помочь пациенту занять сидячее положение на кровати	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Встать напротив пациента: ноги должны быть расставлены на ширину 30 см, согнуты в коленях, одна нога выдвинута вперед	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Поставить ногу, которая дальше от кресла-каталки, между коленями пациента коленом к нему, а другую ногу по направлению движения	Обеспечение качественного выполнения процедуры
9. Прижав пациента к себе, плавно поднять его, не дергая и не поворачивая. Необходимо держать свою голову с той стороны головы пациента, где находится кресло-каталка	Обеспечение качественного выполнения процедуры
10. Поставив пациента на ноги, поворачиваться одновременно с ним до тех пор, пока он не займет положение спиной к креслу-каталке	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 14

11. Опустить пациента в кресло-каталку. Для этого: согнуть колени и придерживать ими колени пациента; держать спину прямо; пациент может помочь, если положит руки на подлокотники кресла-каталки, чтобы опуститься в него	Обеспечение качественного выполнения процедуры
12. Отпустить пациента, только убедившись, что он надежно сидит в кресле. Попросить пациента поставить ноги на подставку для ног	Обеспечение качественного выполнения процедуры
13. Снять кресло-каталку с тормозов и транспортировать пациента	Обеспечение качественного выполнения процедуры
14. Во время транспортировки осуществляется непрерывное наблюдение за состоянием пациента	Обеспечение качественного выполнения процедуры
III. Окончание процедуры: 15. Поставить кресло-каталку у кровати, закрепить тормоза	Обеспечение качественного выполнения процедуры
16. Встать напротив пациента: ноги должны быть расставлены на ширину 30 см, согнуты в коленях, одна нога выдвинута вперед	Обеспечение качественного выполнения процедуры
17. Прижав пациента к себе, плавно поднять его, не дергая и не поворачивая. Необходимо держать свою голову с той стороны головы пациента, где находится кровать	Обеспечение качественного выполнения процедуры
18. Поставив пациента на ноги, поворачиваться одновременно с ним до тех пор, пока он не почувствует край кровати задней поверхностью бедер	Обеспечение качественного выполнения процедуры
19. Посадить пациента на кровать	Обеспечение качественного выполнения процедуры
20. Уложить пациента, укрыть одеялом, убедиться, что он чувствует себя комфортно	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
21. Снять перчатки, поместить их в емкость для утилизации. Обработать руки гигиеническим способом, осушить	Обеспечение инфекционной безопасности

Алгоритмы манипуляций к главе 4.6 Инфекционный контроль и инфекционная безопасность при медицинском и социальном уходе

Таблица 15

Алгоритм обработки рук гигиеническим способом

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: жидкое мыло, бумажное полотенце, емкость для отходов класса А	
I. Подготовка к процедуре: 1. Снять все кольца с рук, сдвинуть часы выше запястья или снять их	Обеспечение инфекционной безопасности. Обеспечение условий для эффективной обработки рук
2. Открыть водопроводный кран, отрегулировать температуры воды	Обеспечение условий для эффективной обработки рук
II. Выполнение процедуры 3. Намочить руки под струёй воды	Обеспечение условий для эффективной обработки рук
4. Нанести на руки 3–5 мл жидкого мыла и тщательно намылить руки мылом до вспенивания	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5. Вымыть руки:	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5.1 Провести энергичное механическое трение ладоней, повторить 5 раз	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5.2 Правая ладонь растирающими движениями моет тыльную сторону левой кисти, затем левая ладонь также моет правую, повторить 5 раз	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5.3 Ладони со скрещенными растопыренными пальцами не менее 1 минуты	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5.4 Пальцы одной руки согнуты и находятся на другой ладони (пальцы переплетены), повторить 5 раз	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5.5 Поочередно круговыми движениями тереть большие пальцы рук 5 раз	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5.6 Переменное трение ладони одной руки сомкнутыми пальцами другой руки, повторить 5 раз	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5.7 Промыть руки проточной водой, начиная с запястий, держать их так, чтобы запястья и кисти были ниже уровня локтей. Встряхивание рук после мытья не допускается	Обеспечение качественного выполнения процедуры
III. Завершение процедуры 6. Закрыть кран	Обеспечение правильности выполнения процедуры

Окончание табл. 15

7. Осушить руки бумажным полотенцем: ладонные поверхности; межпальцевые промежутки; тыл кисти, начиная с кончиков пальцев; запястья	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Сбросить использованное полотенце в емкость для отходов класса А	Обеспечение инфекционной безопасности

Таблица 16

**Алгоритм одевания стерильных перчаток и их снятие
после использования**

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: упаковка со стерильными перчатками, емкость для отходов класса А и Б	
I. Подготовка к процедуре: 1. Обработать руки гигиеническим способом с использованием антисептика	Обеспечение инфекционной безопасности
2. Извлечь и развернуть упаковку со стерильными перчатками	Обеспечение условий для эффективного одевания стерильных перчаток
II. Выполнение процедуры: 3. Взять перчатку за отворот левой рукой так, чтобы пальцы не касались внутренней поверхности перчатки	Обеспечение качественного выполнения процедуры и соблюдения стерильности
4. Сомкнуть пальцы правой руки и ввести их в перчатку	Обеспечение качественного выполнения процедуры и соблюдения стерильности
5. Разомкнуть пальцы правой руки и натянуть на них перчатку, не нарушая ее отворота	Обеспечение качественного выполнения процедуры и соблюдения стерильности
6. Завести под отворот левой перчатки 2-й, 3-й, 4-й пальцы правой руки, уже одетой в перчатку, так, чтобы 1-й палец правой руки был направлен в сторону 1-го пальца на левые перчатки	Обеспечение качественного выполнения процедуры и соблюдения стерильности
7. Держать левую перчатку 2-м, 3-м, 4-м пальцами правой руки вертикально. Сомкнуть пальцы левой руки и ввести ее в перчатку	Обеспечение качественного выполнения процедуры и соблюдения стерильности
8. Расправить отворот левой перчатки, натянув ее на руки, затем на правой с помощью 2-го и 3-го пальцев, подводя их под подвернутый край перчатки	Обеспечение качественного выполнения процедуры и соблюдения стерильности

Окончание табл. 16

III. Завершение процедуры 9. Сделать отворот пальцами правой руки на левой перчатке, касаясь ее только с наружной стороны	Обеспечение инфекционной безопасности
10. Сделать отворот пальцами левой руки на правой перчатке, касаясь ее только с наружной стороны	Обеспечение инфекционной безопасности
11. Снять перчатку с левой руки, выворачивая ее на изнанку и удерживая ее за отворот	Обеспечение инфекционной безопасности
12. Держать снятую с левой руки перчатку в правой руке	Обеспечение инфекционной безопасности
13. Взять перчатку левой рукой за отворот на правой руке с внутренней стороны	Обеспечение инфекционной безопасности
14. Снять перчатку с правой руки, выворачивая ее на изнанку	Обеспечение инфекционной безопасности
15. Поместить обе перчатки в емкость для отходов класса В, упаковку от перчаток в емкость для отходов класса А	Обеспечение инфекционной безопасности
16. Обработать руки гигиеническим способом	Обеспечение инфекционной безопасности

Таблица 17

**Санитарная обработка волосистой части головы пациента
при педикулезе**

Алгоритм действия	Полученный балл
Обснащение: Укладка для м/с — халат, перчатки, косынка. Укладка для пациента — пелерина, 2 косынки, туалетное мыло или шампунь, педикулоцидное средство, частый гребень, ножницы, машинка для стрижки волос, ёмкость для сбритых волос, уксус столовый 5–10%, два мешка для использованного материала	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить пациенту цель и ход процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Вымыть руки. Одеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Осмотреть волосистые части тела пациента	Обеспечение качественного выполнения процедуры
4. При выявлении педикулеза надеть второй халат, косынку	Обеспечение инфекционной безопасности

Окончание табл. 17

5. Усадить пациента на стул или кушетку, покрытую клеенкой	Обеспечение комфортного состояния пациента во время проведения процедуры
6. Наденьте на пациента пелерину	Обеспечение комфортного состояния пациента во время проведения процедуры
II. Выполнение процедуры. 7. Перед обработкой противопедикулицидным средством, на границе волосистой части головы и лица, м/с повязать жгут из х/б ткани с целью предохранения кожи лица и слизистых оболочек от попадания на них противопедикулицидных средств	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Обеспечение безопасности пациента
8. Последовательно обработать волосы пациента одним из педикулоцидных средств	Обеспечение качественного выполнения процедуры
9. Покрыть волосы пациента п/э косынкой на время, согласно инструкции, к педикулоцидному средству	Обеспечение качественного выполнения процедуры
10. Снять косынку, смыть препарат теплой водой с моющим средством, сполоснуть теплой водой с добавлением 5–10% столового уксуса (способствует уничтожению гнид)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
11. Тщательно вычесать частым гребнем 15–20 минут, каждую прядку	Обеспечение качественного выполнения процедуры
12. Промыть волосы теплой водой и вытереть их	Обеспечение качественного выполнения процедуры
III. Окончание процедуры. 13. После окончания обработки весь использованный материал, свою спецодежду собрать в один из мешков, одежду пациента в другой и отправить в дезкамеру	Обеспечение инфекционной безопасности
14. Использованный материал, оборудование, помещение подвергнуть дезинфекции с последующей утилизацией	Обеспечение инфекционной безопасности
15. Снять перчатки, сбросить их в емкость для утилизации. Вымыть руки гигиеническим способом, осушить	Обеспечение инфекционной безопасности
16. Спросить у пациента о его самочувствии	Обеспечение преемственности ухода
17. На титульном листе истории болезни сделать отметку о педикулезе Р(+). Заполнить экстренное извещение (форма № 058) в СЭН и сделать запись в журнале учета инфекционных заболеваний	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Алгоритмы манипуляции к главе 4.7
Технологии медицинского и социального ухода.
Личная гигиена тяжелобольного пациента/клиента

Таблица 18

Алгоритм чистки зубов тяжелобольного (в сознании)

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: стакан с водой, зубная паста, мягкая зубная щетка (soft), вазелин (гигиеническая помада), зубная нить, полотенце, емкость для сбора промывных вод, емкость для утилизации	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить пациенту цель и ход процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Подготовить все необходимое оснащение	Обеспечение качественного выполнения процедуры
3. Вымыть руки, одеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
4. Помочь пациенту повернуть голову набок	Обеспечение комфортного состояния пациента во время проведения процедуры
5. Положите полотенце на грудь пациента	Обеспечение комфортного состояния пациента во время проведения процедуры
II. Проведение процедуры: 6. Поставить на полотенце, под подбородком больного, емкость для сбора промывных вод. Попросите придерживать емкость рукой, набрать в рот воды и прополоскать рот	Обеспечение возможности проведения процедуры
7. Смочить зубную щетку водой и нанести на нее зубную пасту	Обеспечение возможности проведения процедуры

Окончание табл. 18

8. Вычистить верхние зубы пациента, условно разделив все зубы на верхней и нижней челюстях на 4 сегмента (лучше начинать чистить зубы с верхней челюсти): - расположить зубную щетку на щечной поверхности верхних зубов, приблизительно под углом в 45°; - «выметающим» движением сверху вниз провести по каждому сегменту не менее 10 раз; - почистить жевательные поверхности верхних зубов; - расположить щетку перпендикулярно верхним зубам, почистите их небную поверхность осторожными, «выметающими» движениями, сверху вниз (все 4 сегмента)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
9. Почистить аналогично нижние зубы (щечную мышцу и жевательную поверхность), а затем — язык тяжелобольного	Обеспечение качественного выполнения процедуры
10. Помочь пациенту прополоскать рот водой. Протрите аккуратно подбородок и шею при необходимости	Обеспечение качественного выполнения процедуры
11. Приготовить зубную нить: оторвите 45 см нити, обмотайте большую часть нити вокруг среднего пальца одной руки, оставшуюся часть нити — вокруг среднего пальца другой руки так, чтобы был промежуток между пальцами в 2,5 см	Обеспечение качественного выполнения процедуры
12. Осторожно продеть нить между соседними зубами, не задевая десну, плавными пилящими движениями провести нить между зубами снизу-вверх	Обеспечение качественного выполнения процедуры
13. Почистить один зуб, отмотать чистый участок нити длиной 2,5 см с одного пальца, а загрязненный намотать на другой палец (эту процедуру можно выполнять в перчатках)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
14. Смазать губы вазелином или гигиенической помадой	Профилактика образования трещин на губах
III. Окончание процедуры: 15. Уложить пациента в удобное положение, спросить о самочувствии	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
16. Использованные материалы и оборудование подвергнуть дезинфекции и утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
17. Снять перчатки и сбросить их для утилизации. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
18. Сделать запись в документации о выполнении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 19

**Алгоритм ухода за полостью рта тяжелобольного, находящегося
в бессознательном состоянии**

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: лоток, корнцанг, пинцет, антисептический раствор для обработки полости рта пациента, глицерин, вазелин или масляный раствор витамина Е, чистое полотенце, тампоны для обработки полости рта, стерильные марлевые салфетки, шпатель, перчатки нестерильные, одноразовая зубная щетка	
I. Подготовка к процедуре: 1. Подготовить все необходимое оснащение	Обеспечение качественного выполнения процедуры
2. Вымыть руки, одеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Расположить пациента на спине под углом более 45°, если это не противопоказано, или лежа на боку, или лежа на животе (или спине), повернув голову вбок	Обеспечение возможности проведения процедуры
4. Положите полотенце на грудь пациента	Обеспечение комфортного состояния пациента во время проведения процедуры
II. Проведение процедуры: 5. Приготовить мягкую зубную щетку (без зубной пасты) для чистки зубов. Смочить ее в приготовленном антисептическом растворе. При отсутствии зубной щетки можно использовать марлевую салфетку, закрепленную на зажиме или пинцете	Обеспечение возможности проведения процедуры
6. Произвести чистку зубов, начиная с задних зубов, и последовательно вычистить внутреннюю, верхнюю и наружную поверхность зубов, выполняя движения вверх-вниз в направлении от задних к передним зубам. Повторить те же действия с другой стороны рта. Процедура повторяется не менее двух раз. Использовать шпатель для обнажения зубов	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Сухими тампонами промокнуть ротовую полость пациента для удаления остатков жидкости и выделений из полости рта	Профилактика аспирации остатками жидкости
8. Обернуть язык стерильной марлевой салфеткой и левой рукой осторожно вытянуть его изо рта	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 19

9. Салфеткой, смоченной в антисептическом растворе, протереть язык, снимая налет, в направлении от корня языка к его кончику. Отпустить язык, сменить салфетку	Обеспечение качественного выполнения процедуры
10. Салфеткой, смоченной в антисептическом растворе, протереть внутреннюю поверхность щек, пространство под языком, десны пациента	Обеспечение качественного выполнения процедуры
11. При сухости языка смазать его стерильным глицерином	Обеспечение качества услуги
12. Обработать последовательно верхнюю и нижнюю губы тонким слоем вазелина (для профилактики трещин на губах)	Профилактика образования трещин на губах
III. Окончание процедуры: 13. Уложить пациента в удобное положение	Обеспечение физического комфорта пациента
14. Использованные материалы и оборудование подвергнуть дезинфекции и утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
15. Снять перчатки и сбросить их для утилизации. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
16. Сделать запись в документации о выполнении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 20

Алгоритм ухода за вставными зубными протезами

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: полотенце, перчатки, емкость для сбора промывных вод, чашка для протезов, зубная паста, зубная щетка, крем для губ, марлевые салфетки, стакан с водой	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить пациенту цель и ход процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Подготовить все необходимое оснащение	Обеспечение качественного выполнения процедуры
3. Вымыть руки, одеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности

Продолжение табл. 20

4. Помочь пациенту повернуть голову набок	Обеспечение комфортного состояния пациента во время проведения процедуры
5. Положите полотенце на грудь пациента	Обеспечение комфортного состояния пациента во время проведения процедуры
II. Проведение процедуры: 6. Поставить на полотенце, под подбородком больного, емкость для сбора промывных вод. Попросить придерживать емкость рукой, набрать в рот воды и прополоскать рот	Обеспечение возможности проведения процедуры
7. Попросить пациента снять зубные протезы и положить их в специальную чашку. Если пациент не может самостоятельно снять протезы, то: - захватить большим и указательным пальцами правой руки с помощью салфетки зубной протез; - снять протез колебательными движениями; - положить их в чашку для зубных протезов; - попросить пациента прополоскать рот водой; - поместить чашку с зубными протезами в раковину	Обеспечение возможности проведения процедуры
8. Обработать ротовую полость пациента с помощью смоченных водой марлевых салфеток (небо, язык, внутренние поверхности щек, десны, область под языком), при наличии своих зубов, почистить верхние зубы пациента затем нижние и язык	Обеспечение качественного выполнения процедуры
9. Помочь пациенту прополоскать рот водой. Протереть аккуратно подбородок и шею при необходимости	Обеспечение качественного выполнения процедуры
10. Открыть кран раковины, отрегулировать температуру воды (она должна быть прохладной)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
11. Почистить щеткой и зубной пастой все поверхности зубного протеза. Прополоскать зубные протезы и чашку под прохладной проточной водой	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 20

12. Положить зубные протезы в чашку для хранения в ночное время и долить в нее воды, чтобы вода покрывала протезы или помочь пациенту вновь надеть их	Обеспечение качественного выполнения процедуры
14. Смазать губы пациента вазелином или гигиенической помадой	Профилактика образования трещин на губах
III. Окончание процедуры:	
15. Уложить пациента в удобное положение, спросить о самочувствии	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
16. Использованные материалы и оборудование подвергнуть дезинфекции и утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
17. Снять перчатки и сбросить их для утилизации. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
18. Сделать запись в документации о выполнении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 21

Алгоритм ухода за глазами

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: стерильный лоток, стерильный пинцет, стерильные марлевые тампоны — не менее 10 штук, антисептический раствор для обработки слизистых глаз, полотенце, перчатки, емкости для утилизации и дезинфекции	
I. Подготовка к процедуре:	
1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить пациенту цель и ход процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Подготовить все необходимое оснащение	Обеспечение качественного выполнения процедуры
3. Вымыть руки, одеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
4. Помочь пациенту занять удобное положение	Обеспечение комфортного состояния пациента во время проведения процедуры
5. Положите полотенце на грудь пациента	Обеспечение комфортного состояния пациента во время проведения процедуры

Окончание табл. 21

II. Проведение процедуры: 6. В стерильный лоток положить тампоны не менее 10 штук и смочить их антисептическим раствором, излишки отжать о край лотка	Обеспечение возможности проведения процедуры
7. Взять тампон стерильным пинцетом, слегка отжать, переложить в руку и протереть им веки и ресницы по направлению сверху вниз или от наружного угла глаза к внутреннему	Обеспечение инфекционной безопасности
8. Повторить обработку 4–5 раз, сменяя тампоны и помещая их в лоток для отработанного материала	Обеспечение инфекционной безопасности
9. Осушить остатки раствора сухим стерильными тампонами, помещая их в лоток для отработанного материала	Обеспечение качественного выполнения процедуры
10. Обработать другой глаз в той же последовательности (при наличии инфекции обработку глаз начинать со здорового глаза)	Обеспечение инфекционной безопасности
III. Окончание процедуры: 10. Уложить пациента в удобное положение, спросить о самочувствии	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
11. Использованные материалы и оборудование подвергнуть дезинфекции и утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
12. Снять перчатки и сбросить их для утилизации. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
13. Сделать запись в документации о выполнении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 22

Алгоритм ухода за полостью носа

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: лоток чистый, ватные турунды, лоток для отработанного материала, вазелиновое масло, полотенце, перчатки, емкости для утилизации и дезинфекции	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить пациенту цель и ход процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента

Окончание табл. 22

2. Подготовить все необходимое оснащение	Обеспечение качественного выполнения процедуры
3. Вымыть руки, одеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
4. Расположить пациента на спине под углом более 45°	Обеспечение комфортного состояния пациента во время проведения процедуры
5. Положите полотенце на грудь пациента	Обеспечение комфортного состояния пациента во время проведения процедуры
II. Проведение процедуры:	Обеспечение возможности проведения процедуры
6. Смочить турунды приготовленным маслом	
7. Попросить пациента слегка запрокинуть голову	Обеспечение возможности проведения процедуры
8. Взять смоченную турунду, слегка отжать ее и ввести вращательным движением в один из носовых ходов	Обеспечение возможности проведения процедуры
9. Оставить турунду на 1–2 мин, затем вращательными движениями удалить, освобождая носовой ход от корочек	Обеспечение качественного выполнения процедуры
10. Повторить процедуру со вторым носовым ходом	Обеспечение качественного выполнения процедуры
11. Обтереть полотенцем кожу носа. Убрать полотенце	Обеспечение качественного выполнения процедуры
III. Окончание процедуры:	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
12. Уложить пациента в удобное положение, спросить о самочувствии	
13. Использованные материалы и оборудование подвергнуть дезинфекции и утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
14. Снять перчатки и сбросить их для утилизации. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
15. Сделать запись в документации о выполнении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 23

Алгоритм ухода за ушами

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: ватные турунды и тампоны, флакон с 3 % раствором перекиси водорода, стерильная пипетка, стерильный лоток, емкость с чистой водой, перчатки, полотенце, лоток для сбора использованного материала	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить пациенту цель и ход процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Подготовить все необходимое оснащение	Обеспечение качественного выполнения процедуры
3. Вымыть руки, одеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
4. Расположить пациента в удобное положение	Обеспечение комфортного состояния пациента во время проведения процедуры
5. Прикрыть его шею и плечо полотенцем	Обеспечение комфортного состояния пациента во время проведения процедуры
II. Проведение процедуры: 6. Наклоните голову пациента в сторону, противоположную обрабатываемому уху, подставьте лоток	Обеспечение возможности проведения процедуры
7. Набрать в пипетку 3% раствор перекиси водорода. Оттянуть левой рукой ушную раковину назад и вверх. Правой рукой закапать в наружный слуховой проход 2–3 капли 3 % перекиси водорода. Оставить пациента в таком положении на 1–2 минуты	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Ввести вращательными движениями в наружный слуховой проход сухую ватную турунду, оттянув ушную раковину назад и вверх. Извлечь турунду. Повторить процедуру несколько раз, меняя турунды	Обеспечение качественного выполнения процедуры
9. Обработать другой слуховой проход в такой же последовательности	Обеспечение качественного выполнения процедуры
III. Окончание процедуры: 12. Уложить пациента в удобное положение, спросить о самочувствии	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
13. Использованные материалы и оборудование подвергнуть дезинфекции и утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
14. Снять перчатки и сбросить их для утилизации. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
15. Сделать запись в документации о выполнении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 24

Алгоритм стрижки ногтей

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: емкость для дезинфекции, дезинфицирующее средство, водный термометр, мыло жидкое, крем для рук, перчатки, ножницы маникюрные (стерильные), емкость для воды, пилочка	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить пациенту цель и ход процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Подготовить все необходимое оснащение	Обеспечение качественного выполнения процедуры
3. Вымыть руки, одеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
4. Расположить пациента в удобное положение	Обеспечение комфортного состояния пациента во время проведения процедуры
II. Проведение процедуры: 5. Наполнить емкость теплой водой, помочь пациенту вымыть руки с мылом, положить руки пациента на полотенце и вытереть их насухо	Обеспечение возможности проведения процедуры
6. Подстричь ножницами ногти пациента, подпилить острые концы ногтей	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Нанести крем на руки пациента	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Положить полотенце в мешок для белья	Обеспечение инфекционной безопасности
III. Окончание процедуры: 9. Придать пациенту в удобное положение, спросить о самочувствии	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
10. Использованные материалы и оборудование подвергнуть дезинфекции и утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
11. Снять перчатки и сбросить их для утилизации. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
12. Сделать запись в документации о выполнении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 25

Алгоритм мытья головы

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: емкость для дезинфекции, дезинфицирующее средство, водный термометр, шампунь, перчатки, щетка для волос (или расческа) индивидуальная, полотенце, мешок для грязного белья, емкость для воды, кувшин, клеенка, фартук клеенчатый, валик (упор под плечи пациента), надувная ванночка (для мытья головы)	
1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить пациенту цель и ход процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Подготовить все необходимое для процедуры, закрыть окна, обеспечить пациенту условия конфиденциальности	Обеспечение качественного выполнения процедуры
3. Вымыть руки, одеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
4. Расположить пациента в удобное положение	Обеспечение комфортного состояния пациента во время проведения процедуры
5. Надеть одноразовый фартук	Обеспечение возможности проведения процедуры
6. Поставить в изголовье кровати с рабочей стороны стул; пустую емкость для воды поставить на стул	Обеспечение возможности проведения процедуры
7. Наполнить другую емкость теплой водой, поставить рядом. Измерить температуру воды	Обеспечение возможности проведения процедуры
8. Раздеть пациента до пояса и накрыть оголенную часть туловища простыней, под плечи положить валик	Обеспечение комфортного состояния пациента во время проведения процедуры
II. Проведение процедуры: 9. Удалить все заколки, шпильки. Снять очки. Расчесать волосы пациенту	Обеспечение возможности проведения процедуры
10. Подстелить под голову и плечи пациента клеенку, конец которой опустить в емкость, стоящую на стуле; по краю клеенки, вокруг головы положить свернутое валиком полотенце, или использовать надувную ванночку	Обеспечение качественного выполнения процедуры
11. Глаза пациента закрыть полотенцем или пленкой	Обеспечение качественного выполнения процедуры
12. Наполнить кувшин водой и аккуратно смочить волосы пациента	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 25

13. Нанести немного шампуня и обеими руками вымыть волосы, бережно массируя кожу головы пациента	Обеспечение качественного выполнения процедуры
14. Налить в кувшин воду и смыть весь шампунь (если пациент просит, вымыть его волосы шампунем еще раз)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
15. Развернуть чистое сухое полотенце, поднять голову пациента и вытереть его волосы насухо. Если ему холодно, обернуть голову полотенцем или косынкой	Обеспечение качественного выполнения процедуры
III. Окончание процедуры: 16. Клеенку, полотенце, валик, лежащие под головой положить в непромокаемый мешок. При необходимости сменить простыню	Обеспечение инфекционной безопасности
17. Расчесать волосы пациента. Предложить ему зеркало	Обеспечение качественного выполнения процедуры
12. Придать пациенту в удобное положение, спросить о самочувствии	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
13. Использованные материалы и оборудование подвергнуть дезинфекции и утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
14. Снять перчатки и сбросить их для утилизации. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
15. Сделать запись в документации о выполнении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 26

Алгоритм бритья тяжелобольного

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: емкость для дезинфекции и утилизации, дезинфицирующее средство, средство (крем, пенка) для бритья и после бритья, перчатки нестерильные, марлевые салфетки (стерильные и нестерильные), полотенце, бритвенный станок с безопасным лезвием, антисептик для обработки кожи	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить пациенту цель и ход процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента

Окончание табл. 26

2. Подготовить все необходимое для процедуры, обеспечить пациенту условия конфиденциальности	Обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
3. Вымыть руки, одеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
II. Проведение процедуры: 4. Нанести крем для бритья на кожу пациента. Пальцами одной руки натягивать кожу лица, другой осуществлять бритье прямыми движениями от подбородка к щекам	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5. Предложить пациенту воспользоваться лосьоном после бритья или кремом после бритья	Обеспечение качественного выполнения процедуры
6. Предложить пациенту зеркало после процедуры	Обеспечение качественного выполнения процедуры
III. Окончание процедуры: 7. Удобно расположить пациента в постели. Спросить о самочувствии	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
8. Поместить станок и помазок в емкость для дезинфекции, утилизировать одноразовый станок	Обеспечение инфекционной безопасности
9. Использованные материалы и оборудование подвергнуть дезинфекции и утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
10. Снять перчатки и сбросить их для утилизации. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
11. Сделать запись в документации о выполнении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 27

**Алгоритм бритья кожи предоперационного или поврежденного участка
тяжелобольного пациента/клиентов**

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: емкость для дезинфекции и утилизации, дезинфицирующее средство, средство (крем, пенка) для бритья, перчатки нестерильные, марлевые салфетки (стерильные и нестерильные), полотенце, бритвенный станок (однократного применения) с безопасным лезвием, антисептик для обработки кожи, емкость для утилизации волос, машинка для стрижки волос (при необходимости), клеенчатый фартук, клеенка или впитывающая пленка	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить пациенту цель и ход процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Обеспечить конфиденциальность процедуры (пригласить пациента в специально отведенное помещение или установить ширму)	Обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
3. Подготовить все необходимое для процедуры	Обеспечение качественного выполнения процедуры
4. Вымыть руки, одеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
5. Помочь пациенту раздеться и принять необходимое положение (лежа на спине, животе, сидя на стуле). При необходимости подстелить под площадь обрабатываемой кожи клеенку или впитывающую пленку	Обеспечение комфортного состояния пациента во время проведения процедуры
6. Оценить состояние кожных покровов в области операционного вмешательства или раневого участка (наличие повреждений, высыпаний, новообразований и признаков инфекции или инфицирования)	Обеспечение инфекционной безопасности
7. Определить границы бритья с учетом возможного расширения операционного доступа	Обеспечение качественного выполнения процедуры
II. Проведение процедуры: 8. Обработать кожу пациента кожным антисептиком, разрешенным к применению	Обеспечение качественного выполнения процедуры
9. Убедиться, что кожные покровы сухие	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 27

10. Приступить непосредственно к бритью кожных покровов с использованием средства для бритья при необходимости: вести станок вниз, оттягивая кожу вверх, до полного удаления волосяного покрова (при бритье пораженного участка направление движения — от краев раны кнаружи, на рану положить стерильную салфетку, чтобы не попали волосы)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
11. При загрязнении лезвия волосами удалить их салфеткой	Обеспечение качественного выполнения процедуры
12. Обработать кожу после бритья кожным антисептиком	Обеспечение инфекционной безопасности
III. Окончание процедуры: 13. Удобно расположить пациента в постели. Спросить о самочувствии	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
14. Поместить волосы в емкость для утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
15. Поместить станок в емкость для утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
16. Использованные материалы и оборудование подвергнуть дезинфекции и утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
17. Снять перчатки и сбросить их для утилизации. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
18. Сделать запись в документации о выполнении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 28

Алгоритм ухода за промежностью и наружными половыми органами

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: судно, зажим (корнцанг или пинцет), водный термометр, нестерильные перчатки, клеёнка или впитывающая пеленка, салфетки марлевые (тампоны), фартук клеёнчатый, емкость для воды, вода температурой 35 °С — 37 °С, ширма (если процедура выполняется в общей палате)	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить пациенту цель и ход процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Обеспечить пациенту условия конфиденциальности. Отгородить пациента ширмой (при необходимости)	Обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Обеспечение качественного выполнения процедуры
3. Вымыть руки, надеть клеенчатый фартук одеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
4. Налить в емкость теплую воду (35 °С — 37 °С)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5. Положить пациента на спину, по возможности согнуть ноги в коленях и слегка развести в тазобедренных суставах. Подложить под пациента клеенку или впитывающую пеленку	Обеспечение качественного выполнения процедуры
II. Проведение процедуры: а) У женщин 6. Подставить под крестец пациентки судно	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Встать сбоку от пациентки, в одну руку взять емкость с теплой водой, в другую руку зажим с марлевым тампоном (салфеткой)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Поливать из емкости на половые органы женщины. Последовательно обработать наружные половые органы в направлении к анальному отверстию: область лобка, наружные (большие) половые губы, паховые складки, промежность, область анального отверстия, межягодичную складку. Салфетки менять по мере загрязнения	Обеспечение качественного выполнения процедуры
9. Просушить марлевыми салфетками (тампонами) в той же последовательности	Обеспечение качественного выполнения процедуры
10. Использованные марлевые салфетки поместить в емкость для утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности

Окончание табл. 28

б) У мужчин	Обеспечение качественного выполнения процедуры
11. Поставить судно	Обеспечение качественного выполнения процедуры
12. Встать сбоку от пациента, смочить салфетку (варежку) водой	Обеспечение качественного выполнения процедуры
13. Аккуратно отодвинуть пальцами левой руки крайнюю плоть, обнажить головку полового члена	Обеспечение качественного выполнения процедуры
14. Обработать головку полового члена, кожу полового члена, мошонку, паховые складки, область заднего прохода, межягодичную складку. Менять салфетки по мере загрязнения	Обеспечение качественного выполнения процедуры
15. Просушить в той же последовательности	Обеспечение качественного выполнения процедуры
16. Использованные марлевые салфетки поместить в емкость для утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
III. Окончание процедуры:	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
17. Удобно расположить пациента в постели. Спросить о самочувствии	Обеспечение инфекционной безопасности
18. Использованные материалы и оборудование подвергнуть дезинфекции и утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
19. Снять перчатки и сбросить их для утилизации. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
20. Сделать запись в документации о выполнении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 29

Пособие при дефекации

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: подкладное судно, клеенка или впитывающая пеленка, туалетная бумага, ширма, емкость с водой, мыло, нестерильные перчатки	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представить, объяснить пациенту цель и ход процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Обеспечить пациенту условия конфиденциальности. Отгородить пациента ширмой (при необходимости)	Обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Обеспечение качественного выполнения процедуры
3. Вымыть руки, одеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
4. Ополоснуть судно и оставить в нем немного теплой воды. Убедиться, что поверхность судна, соприкасающаяся с кожей, сухая	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5. Опустить изголовье кровати до горизонтального уровня	Обеспечение качественного выполнения процедуры
II. Проведение процедуры: 6. Подойти с помощником с разных сторон кровати: медицинская сестра помогает пациенту слегка повернуться на бок, лицом к себе, придерживая его рукой за плечи и таз, или приподнимает таз пациента (в зависимости от состояния пациента), помощник (вторая медсестра/младший медицинский персонал/родственник пациента) — подкладывает и расправляет клеенку (впитывающую пеленку) под ягодицами пациента	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Под ягодицы пациента подвести судно и помочь ему повернуться на спину так, чтобы его промежность оказалась на судне	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Поднять изголовье кровати так, чтобы пациент оказался в полусидящем положении (положение Фаулера), так как в положении «на спине» многие испытывают трудности при физиологических отправлениях	Обеспечение качественного выполнения процедуры
9. Снять перчатки, положить их в емкость утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
10. Каждые пять минут проверять, все ли в порядке у пациента	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 29

11. После окончания дефекации надеть новые перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
12. Опустить изголовье кровати	Обеспечение качественного выполнения процедуры
13. Медицинская сестра помогает пациенту слегка повернуться на бок, лицом к себе, придерживая его рукой за плечи и таз, или приподнимает таз пациента (в зависимости от состояния пациента), помощник (вторая медсестра/младший медицинский персонал/родственник пациента) — убирает судно, вытирает область анального отверстия туалетной бумагой (если пациент не может сделать самостоятельно)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
14. Помощник ставит чистое судно, помогает пациенту повернуться на спину так, чтобы промежность его оказалась на судне. Подмыть пациента и тщательно осушить промежность	Обеспечение качественного выполнения процедуры
15. Переместить пациента на спину. Подмыть его (ее). Тщательно осушить промежность	Обеспечение качественного выполнения процедуры
16. Убрать судно и клеенку (впитывающую пеленку)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
III. Окончание процедуры: 17. Снять перчатки и поместить их в емкость для утилизации. Прозеинфицировать и утилизировать использованный материал	Обеспечение инфекционной безопасности
18. Обеспечить пациенту возможность вымыть руки или протереть их антисептическим раствором	Обеспечение инфекционной безопасности
19. Укрыть пациента одеялом, придать ему удобное положение	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
20. Обработать руки гигиеническим способом, осушить	Обеспечение инфекционной безопасности
21. Уточнить у пациента его самочувствие	Обеспечение психологического комфорта пациента
22. Сделать запись в документации о выполнении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 30

Пособие при мочеиспускании

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: подкладное судно (для женщин) или мочеприемник (для мужчин), нестерильные перчатки, лоток, ширма, клеенка или впитывающая пеленка, чистые салфетки, емкость с теплой водой	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представить цель и ход процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Обеспечить пациенту условия конфиденциальности. Отгородить пациента ширмой (при необходимости)	Обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Обеспечение качественного выполнения процедуры
3. Вымыть руки, одеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
4. Ополоснуть судно и оставить в нем немного теплой воды. Убедиться, что поверхность судна, соприкасающаяся с кожей, сухая	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5. Опустить изголовье кровати до горизонтального уровня	Обеспечение качественного выполнения процедуры
II. Проведение процедуры: 6. Встать с обеих сторон кровати: медицинский работник помогает пациентке слегка повернуться набок, лицом к ней, придерживает рукой за плечи и таз; помощник (вторая медсестра/младший медицинский персонал/родственник пациента) — подкладывает и расправляет клеенку (впитывающую пеленку) под ягодицами	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Под ягодицы пациентки подвести судно и помочь ей повернуться на спину так, чтобы ее промежность оказалась на судне. Для пациента мужчины поставить мочеприемник между ногами и опустить в него половой член (если пациент не может этого сделать самостоятельно)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Медицинский работник поворачивает пациента на бок и придерживает ее за плечи и таз; помощник — убирает судно (мочеприемник у мужчины) и укрывает спину пациента	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 30

9. Подмыть его (ее). Тщательно осушить промежность	Обеспечение инфекционной безопасности
10. Убрать клеенку (впитывающую пеленку)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
11. Осмотреть выделенную мочу, измерить ее количество	Обеспечение инфекционной безопасности
III. Окончание процедуры: 12. Снять перчатки и поместить их в емкость для утилизации. Протестировать и утилизировать использованный материал	Обеспечение инфекционной безопасности
13. Обеспечить пациенту возможность вымыть руки или протереть их антисептическим раствором	Обеспечение инфекционной безопасности
14. Укрыть пациента одеялом, придать ему удобное положение	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
15. Обработать руки гигиеническим способом, осушить	Обеспечение инфекционной безопасности
16. Уточнить у пациента его самочувствие	Обеспечение психологического комфорта пациента
17. Сделать запись в документации о выполнении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 31

Алгоритм смены белья продольным способом

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: комплект чистого белья, мешок для грязного белья, пеленка, перчатки нестерильные	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить пациенту цель и ход процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Приготовить комплект чистого белья (простыни, наволочка, пододеяльник), убедиться, что в кровати нет личных вещей больного	Обеспечение качественного выполнения процедуры
3. Опустить изголовье кровати до горизонтального уровня	Обеспечение качественного выполнения процедуры
4. Вымыть руки, одеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
II. Проведение процедуры: 5. Опустить поручни, оценить положение и состояние пациента	Обеспечение качественного выполнения процедуры
6. Осторожно вынуть подушку из-под головы пациента и сменить наволочку. Грязную наволочку поместить в мешок для белья	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Обеспечение инфекционной безопасности
7. Снять пододеяльник, убрать одеяло и накрыть пациента пододеяльником на время смены белья	Обеспечение инфекционной безопасности
8. Повернуть пациента на бок, лицом к краю кровати, и придерживать его в этом положении	Обеспечение качественного выполнения процедуры
9. Скатать валиком грязную простыню, подложить этот валик под спину пациенту. Если белье сильно загрязнено, положить на валик пеленку	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Обеспечение инфекционной безопасности
10. Положить сложенную вдвое чистую простыню на свободную сторону постели, заправить ее под матрас с противоположной от больной стороны	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Обеспечение инфекционной безопасности
11. Повернуть пациента на спину, затем осторожно — на другой бок, чтобы он оказался на чистой простыне. Придерживать пациента в положении на боку	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 31

12. Скатать грязную простыню и убрать ее в мешок для грязного белья. Раскатать чистую простыню и заправить ее края под матрац	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Обеспечение инфекционной безопасности
13. Надеть чистый пододеяльник на одеяло. Накрыть пациента одеялом, извлекая грязный пододеяльник, которым он был укрыт	Обеспечение качественного выполнения процедуры
14. Поместить грязный пододеяльник в мешок для белья	Обеспечение инфекционной безопасности
III. Окончание процедуры: 15. Удобно расположить пациента в постели. Осторожно поместить подушку обратно	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
16. Удалить из палаты мешок с грязным бельем	Обеспечение инфекционной безопасности
17. Снять перчатки, поместить их в емкость для утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
18. Обработать руки гигиеническим способом, осушить	Обеспечение инфекционной безопасности
19. Уточнить у пациента его самочувствие	Обеспечение психологического комфорта пациента
20. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 32

Алгоритм смены постельного белья поперечным способом

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: комплект чистого белья, мешок для грязного белья, пеленка, перчатки нестерильные	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить пациенту цель и ход процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Приготовить комплект чистого белья (простыни, наволочка, пододеяльник), убедиться, что в кровати нет личных вещей больного	Обеспечение качественного выполнения процедуры
3. Опустить изголовье кровати до горизонтального уровня	Обеспечение качественного выполнения процедуры
4. Вымыть руки, одеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
II. Проведение процедуры: 5. Опустить поручни, оценить положение и состояние пациента	Обеспечение качественного выполнения процедуры
6. Подготовить чистую простынь. Скатать простынь валиком по ширине на 2/3	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Приподнять пациента, поддерживая его за спину и плечи, извлечь из-под головы подушку	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Удерживая плечи и голову пациента скатать валиком грязную простыню к спине пациента	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Обеспечение инфекционной безопасности
9. Подложить под голову пациента подушку в чистой наволочке, опустить пациента на подушку	Обеспечение качественного выполнения процедуры
10. Приподнять пациента в области таза	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Обеспечение инфекционной безопасности
11. Скатать грязную простыню с освободившейся части кровати и раскатать чистую, уложить пациента	Обеспечение качественного выполнения процедуры
12. Приподнять ноги пациента и убрать с кровати грязную простыню, раскатать до конца чистую. Чистую простыню со всех сторон подвернуть под матрац	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 32

13. Грязную простыню убрать в мешок для грязного белья	Обеспечение инфекционной безопасности
14. Сменить пододеяльник, укрыть пациента	Обеспечение качественного выполнения процедуры
III. Окончание процедуры: 15. Удобно расположить пациента в постели. Осторожно поместить подушку обратно	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
16. Удалить из палаты мешок с грязным бельем	Обеспечение инфекционной безопасности
17. Снять перчатки, поместить их в емкость для утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
18. Обработать руки гигиеническим способом, осушить	Обеспечение инфекционной безопасности
19. Уточнить у пациента его самочувствие	Обеспечение психологического комфорта пациента
20. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 33

Алгоритм смены нательного белья

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: перчатки нестерильные, комплект чистого нательного белья, комплект чистой одежды для пациента, непромокаемый мешок для грязного белья, клеенчатый фартук	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить пациенту цель и ход процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Приготовить комплект чистого нательного белья и одежды	Обеспечение качественного выполнения процедуры
3. Вымыть руки, одеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
II. Проведение процедуры: 4. Опустить поручни, оценить положение и состояние пациента. При необходимости — установить ширму	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Обеспечение психологического комфорта пациента
5. Помочь пациенту сесть на край кровати	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 33

6. Помочь пациенту снять рубашку (платье). Если одна руки повреждена или производится инфузия, надо начать с другой руки. Осторожно проносить рукав над поврежденной рукой (иглой, катетером). При внутривенном вливании флакон с раствором снимается со штатива и проносится через рукав	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Помочь пациенту снять нижнее белье	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Обеспечение инфекционной безопасности
8. Укрыть пациента простыней	Обеспечение качественного выполнения процедуры
9. Помочь пациенту надеть чистую рубашку (ночную рубашку, пижамную куртку) сначала на поврежденную конечность	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Обеспечение инфекционной безопасности
10. Помочь пациенту снять носки	Обеспечение качественного выполнения процедуры
11. Помочь пациенту лечь в постель, поправить простыню	Обеспечение качественного выполнения процедуры
12. Помочь пациенту снять брюки, нижнее белье	Обеспечение инфекционной безопасности
13. Помочь пациенту надеть чистое белье, носки и брюки	Обеспечение качественного выполнения процедуры
III. Окончание процедуры:	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
14. Удобно расположить пациента в постели	
15. Поместить грязную одежду в мешок для грязного белья. Удалить из палаты мешок с грязным бельем	Обеспечение инфекционной безопасности
16. Протереть стул или тумбочку, где располагалось грязное белье и одежда, влажной ветошью	Обеспечение инфекционной безопасности
17. Снять перчатки, поместить их в емкость для утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
18. Обработать руки гигиеническим способом, осушить	Обеспечение инфекционной безопасности
19. Уточнить у пациента его самочувствие	Обеспечение психологического комфорта пациента
20. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 34

Алгоритм смены одноразового подгузника

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: защитная простыня (пеленка), нестерильные перчатки, средства гигиены для обработки промежности, емкости для грязного белья, утилизации и дезинфекции	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представить, объяснить пациенту цель и ход процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Обеспечить пациенту условия конфиденциальности. Приготовить чистый подгузник и защитную простыню, убедиться, что в кровати нет личных вещей пациента	Обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Обеспечение качественного выполнения процедуры
3. Вымыть руки, одеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
II. Проведение процедуры: 4. Опустить поручни, оценить положение и состояние пациента	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5. Повернуть пациента на бок, слегка согнув ноги в коленях	Обеспечение качественного выполнения процедуры
6. Защитную пеленку свернуть в трубочку до половины по длинной стороне и подсунуть под спину пациента аналогично смене постельного белья (для защиты постельного белья во время смены подгузника)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Расстегнуть грязный подгузник, извлечь его из-под пациента. Поместить грязный подгузник в мешок для грязного белья. Провести подмывание пациента	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Вынуть чистый подгузник из упаковки, встряхнуть его и потянуть за концы, для того чтобы впитывающий слой распушился, а боковые защитные оборочки приняли вертикальное положение. Определите, где находится область ягодиц, живота	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 34

9. Повернуть пациента на бок, слегка согнув ноги в коленях, а подгузник подложить под спину таким образом, чтобы липучки-застежки находились со стороны головы, а индикатор наполнения (надпись снаружи подгузника в центральной его части, направленная вдоль подгузника) находился по линии позвоночника	Обеспечение качественного выполнения процедуры
10. Повернуть пациента на спину, его ноги нужно слегка согнуть в коленях	Обеспечение качественного выполнения процедуры
11. Аккуратно расправить подгузник под спиной пациента	Обеспечение качественного выполнения процедуры
12. Протянуть переднюю часть подгузника между ногами пациента на живот и расправить её	Обеспечение качественного выполнения процедуры
13. Застегнуть липучки: сначала последовательно застегнуть нижние липучки, сначала правую, потом левую, или наоборот, плотно охватывая ноги, направляя липучки поперек тела пациента, слегка снизу-вверх; затем закрепить верхние липучки, по направлению поперек тела пациента	Обеспечение качественного выполнения процедуры
III. Окончание процедуры:	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
14. Удобно расположить пациента в постели. Спросить о самочувствии	Обеспечение инфекционной безопасности
15. Использованные материалы и оборудование подвергнуть дезинфекции и утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
16. Снять перчатки и сбросить их для утилизации. Вымыть и осушить руки	Обеспечение преемственности ухода
17. Сделать запись в документации о выполнении процедуры и реакции пациента	

**Алгоритмы манипуляций, документация к главе
4.8 Технологии медицинского и социального ухода.
Профилактика пролежней**

Таблица 35

Шкала Ватерлоу по оценке риска развития пролежней

Факторы	Баллы	Факторы	Баллы
Телосложение		Недержание мочи/кала	
Обычное	0	Недержания нет	0
Ожирение	2	Изредка — недержание мочи	1
Кахексия	8	Недержание кала	2
Состояние кожи		Подвижность	
Здоровая кожа	0	Полная	0
Сухая кожа	1	Двигательное беспокойство	1
Отек	1	Апатия	2
Влажная	1	Ограничена	3
Изменившийся цвет	2	Неподвижность	4
Кожа повреждена	3		
Пол и возраст		Аппетит	
Мужчина	1	Средний	5
Женщина	2	Питание через трубку	1
14–49	1	Только жидкость	2
50–64	2	Анорексия	3
65–74	3	Отказ от приема пищи	4
75–80	4		
80+	5		
Особенный риск		Лекарства	
Кахексия	8	Стероидные	4
Сосудистые болезни	5	Цитостатики	4

Таблица 36

Алгоритм оценки степени риска развития пролежней

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: документация к оценке риска развития пролежней, перчатки	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить пациенту цель и ход процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
II. Выполнение процедуры 2. Оценка степени риска развития пролежней осуществляется по шкале Waterlow, которая применима ко всем категориям пациентов. При этом проводится суммирование баллов по 10 параметрам: телосложение, масса тела, относительно роста; тип кожи; пол, возраст; особые факторы риска; удержание мочи и кала; подвижность; аппетит; неврологические расстройства; обширное оперативное вмешательство; лекарственная терапия оперативные вмешательства или травмы	Обеспечение качественного выполнения процедуры
III. Окончание процедуры: 3. Сообщить пациенту (ке) результат обследования. 4. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации	Соблюдение прав пациента. Обеспечение качественного выполнения процедуры
Достижимые результаты и их оценка Оценка результатов производится путем сопоставления полученных данных с данными нормы: Итоговые значения, характеризующие степень риска: В зоне риска- 10 баллов В зоне высокого риска — 15 баллов В зоне очень высокого риска — 20 баллов	

Таблица 37

Алгоритм стандартного плана профилактики пролежней

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: оценочная шкала по риску развития пролежней, предметы ухода за пациентом, питание согласно диете	
1. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить пациенту цель и ход процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
II. Проведение процедуры 1. Проведение текущей оценки риска развития пролежней не менее 1 раза в день (утром) по <u>шкале Ватерлоу</u> . 2. Изменение положения пациента каждые 2 часа: - 8–10 ч. — <u>положение Фаулера</u> ; - 10–12 ч. — положение "на левом боку"; - 12–14 ч. — положение "на правом боку"; - 14–16 ч. — положение Фаулера; - 16–18 ч. — <u>положение Симса</u> ; - 18–20 ч. — положение Фаулера; - 20–22 ч. — положение "на правом боку"; - 22–24 ч. — положение "на левом боку"; - 0–2 ч. — положение Симса; - 2–4 ч. — положение "на правом боку"; - 4–6 ч. — положение "на левом боку"; - 6–8 ч. — положение Симса. 3. Обмывание загрязненных участков кожи. 4. Проверка состояния постели при перемене положения (каждые 2 часа). 5. Обучение родственников пациента технике правильного перемещения. 6. Определение количества съеденной пищи (кол-во белка не менее 120 г, аскорбиновой кислоты 500–1000 мг в сутки). 7. Обеспечение употребления не менее 1,5 л с 9.00–13.00 ч.— 700 мл; с 13.00–18.00 ч.— 500 мл; с 18.00–22.00 ч.— 300 мл. 8. Использование средств профилактики пролежней (поролоновых прокладок в зоне участков риска, исключающих давление на кожу, матрас противопролежневый и др.)	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 37

<p>9. При недержании:</p> <ul style="list-style-type: none"> - мочи — смена подгузников каждые 4 часа, - кала — смена подгузников немедленно после дефекации с последующей бережной гигиенической процедурой. <p>10. Обучение пациента и поощрение его изменять положение в постели (точки давления) с помощью перекладин, поручней и других приспособлений.</p> <p>11. Массаж кожи около участков риска.</p> <p>Обучение пациента дыхательным упражнениям и поощрение его выполнять их.</p> <p>12. Наблюдение за влажностью кожи и поддержание умеренную влажность.</p> <p>13. При усилении болей — консультация врача</p>	
---	--

**Алгоритмы манипуляций к главе 4.9 Технологии
медицинского и социального ухода. Оценка
функционального состояния пациента/клиента**

Таблица 38

Алгоритм измерения массы тела

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: весы, перчатки, одноразовые салфетки, бумага, ручка, емкость для отходов класса Б	
I. Подготовка процедуры	
1. Идентифицировать пациента, представиться, предупредить его о предстоящем исследовании. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом. Соблюдение прав пациента
2. Объяснить пациенту о необходимости измерения массы тела в одно и тоже время, на голодный желудок, после посещения туалета	Обеспечение достоверных результатов
3. Установить медицинские весы в соответствии с инструкцией по их применению. Установить равновесие весов, закрыть затвор (для механических конструкций, или включить (для электронных)	Обеспечение достоверных результатов
4. Постелить салфетку одноразового применения на площадку весов	Обеспечение инфекционной безопасности
5. Обработать руки гигиеническим способом, осушить	Обеспечение инфекционной безопасности

Окончание табл. 38

II. Выполнение процедуры 6. Предложить пациенту раздеться до нательного белья, разуться и осторожно встать (без обуви) на середину площадки весов	Обеспечение достоверных результатов
7. Придерживать пациента за руку в момент вставания на измерительную площадку весов и следить за его равновесием в процессе проведения измерения	Обеспечение безопасности пациента
8. Открыть затвор весов (для механических конструкций), провести определение массы тела пациента (в соответствии с инструкцией по применению), закрыть затвор весов, или выключить электронные весы	Обеспечение достоверных результатов
III. Окончание процедуры 9. Сообщить пациенту результат исследования массы тела	Обеспечение прав пациента
10. Помочь пациенту сойти с площадки весов, придерживая его за руку (при необходимости)	Обеспечение безопасности пациента
11. Одеть перчатки. Убрать салфетку с площадки весов и поместить ее в емкость для отходов класса Б	Обеспечение инфекционной безопасности
12. Снять перчатки, поместить их в емкость для отходов класса Б. Обработать руки гигиеническим способом, осушить	Обеспечение инфекционной безопасности
13. Провести запись в медицинскую документацию	Обеспечение преемственности сестринского ухода

Таблица 39

Алгоритм измерения роста

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: ростомер, перчатки, одноразовые салфетки, бумага, ручка, емкость для отходов класса Б	
I. Подготовка процедуры 1. Идентифицировать пациента, представиться, предупредить его о предстоящем исследовании. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом. Соблюдение прав пациента
2. Подготовить ростомер к работе в соответствии с инструкцией	Обеспечение достоверных результатов
3. Постелить салфетку одноразового применения на площадку ростомера	Обеспечение инфекционной безопасности

Окончание табл. 39

4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить	Обеспечение инфекционной безопасности
5. Попросить пациента снять обувь и головной убор	Обеспечение условий для получения достоверного результата
6. Поднять планку ростомера выше предполагаемого роста пациента	Обеспечение достоверных результатов
II. Выполнение процедуры 7. Попросить пациента встать на середину площадки ростомера так, чтобы он касался вертикальной планки ростомера пятками, ягодицами, межлопаточной областью и затылком	Обеспечение достоверных результатов
8. Установить голову пациента так, чтобы кончик носа и мочка уха находились на одной горизонтальной линии	Обеспечение безопасности пациента
9. Опустить планку ростомера на голову пациента	Обеспечение достоверных результатов
10. Попросить пациента сойти с площадки ростомера (при необходимости — помочь сойти)	Обеспечение безопасности пациента
11. Определить на шкале рост пациента по нижнему краю планки	Обеспечение достоверных результатов
III. Окончание процедуры 12. Сообщить пациенту результат измерения роста	Обеспечение прав пациента
13. Помочь пациенту сойти с площадки ростомера, придерживая его за руку (при необходимости)	Обеспечение безопасности пациента
14. Одеть перчатки. Убрать салфетку с площадки ростомера и поместить ее в емкость для отходов класса Б	Обеспечение инфекционной безопасности
15. Снять перчатки, поместить в емкость для отходов класса Б. Обработать руки гигиеническим способом, осушить	Обеспечение инфекционной безопасности
16. Провести запись в медицинскую документацию	Обеспечение преемственности сестринского ухода

Таблица 40

Алгоритм измерения температуры в подмышечной впадине

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: часы, медицинский максимальный термометр, ручка, температурный лист, полотенце, емкость для дезинфекции термометров	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Пациент должен лежать в постели или сидеть	Обеспечение качественного выполнения процедуры
4. Убедиться в целостности термометра и в том, что показания на шкале не превышают 35 °С. В противном случае встряхнуть термометр так, чтобы столбик ртути опустился ниже 35 °С	Обеспечение качественного выполнения процедуры
II. Выполнение процедуры: 5. Осмотреть подмышечную область, при необходимости — протереть насухо полотенцем или попросить пациента сделать это. При наличии гиперемии, местных воспалительных процессов измерение температуры в данной области проводить нельзя	Обеспечение качественного выполнения процедуры
6. Поместить резервуар термометра в подмышечную область так, чтобы он со всех сторон плотно соприкасался с телом пациента (прижать плечо к грудной клетке)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Оставить термометр не менее чем на 10 минут	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Извлечь термометр. Оценить показатели, держа термометр горизонтально на уровне глаз	Обеспечение качественного выполнения процедуры
9. Сообщить пациенту результаты термометрии	Обеспечение психологического комфорта пациента и соблюдение прав пациента
III. Завершение процедуры: 10. Погрузить термометр в дезинфицирующий раствор	Обеспечение инфекционной безопасности
11. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
12. Сделать отметку показателей температуры в температурном листе	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 41

Алгоритм измерения артериального давления

Этапы алгоритма	Обоснование
Обснащение: тонометр, стетофонендоскоп, ручка, бумага, температурный лист, салфетка со спиртом	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, предупредить его о предстоящем исследовании за 5–10 минут до его начала. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Попросить пациента лечь или сесть к столу	Обеспечение качественного выполнения процедуры
3. Вымыть и осушить руки. Обработать мембрану стетофонендоскопа и ушки антисептиком	Обеспечение инфекционной безопасности
II. Выполнение процедуры: 4. Помочь снять одежду с руки	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5. Положить руку пациента в разогнутом положении ладонью вверх, на уровне сердца, мышцы расслаблены	Обеспечение качественного выполнения процедуры
6. Наложить манжету на 2,5 см выше локтевой ямки (одежда не должна сдавливать плечо выше манжеты). Закрепить манжету так, чтобы между манжетой и поверхностью плеча проходили два пальца	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Проверить положение стрелки манометра относительно нулевой отметки	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Найти (пальпаторно) пульс на лучевой артерии, быстро нагнетать воздух в манжету пока не исчезнет пульс, посмотреть на шкалу и запомнить показания манометра (уровень систолического давления), быстро выпустить весь воздух из манжеты	Обеспечение качественного выполнения процедуры
9. Найти место пульсации плечевой артерии в области локтевой ямки и плотно поставить на это место мембрану стетофонендоскопа	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 41

10. Закрыть вентиль на груше и накачать в манжету воздух. Воздух нагнетать до тех пор, пока давление в манжетке по показаниям тонометра не превысит на 30 мм рт. ст., тот уровень, при котором перестает определяться пульсация артерии или тоны Короткова	Обеспечение качественного выполнения процедуры
11. Открыть вентиль и медленно, со скоростью 2–3 мм рт.ст. в секунду, выпускать воздух из манжетки. Одновременно стетофонендоскопом выслушивать тоны на плечевой артерии и следить за показаниями шкалы манометра	Обеспечение качественного выполнения процедуры
12. При появлении над плечевой артерией первых звуков отметить уровень систолического давления	Обеспечение качественного выполнения процедуры
13. Продолжая выпускать воздух из манжеты отметить уровень диастолического давления, который соответствует моменту полного исчезновения тонов на плечевой артерии	Обеспечение качественного выполнения процедуры
14. Повторить процедуру через 2–3 минуты	Обеспечение качественного выполнения процедуры
III. Завершение процедуры 15. Данные измерения округлить до ближайшего чётного числа, записать в виде дроби (в числителе — систолическое АД, в знаменателе — диастолическое АД)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
16. Сообщить пациенту результаты измерения АД	Обеспечение психологического комфорта пациента и соблюдение прав пациента
17. Помочь пациенту занять удобное положение	Обеспечение физического комфорта пациента
18. Протереть мембрану фонендоскопа и ушки салфеткой, смоченной спиртом	Обеспечение инфекционной безопасности
19. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
20. Записать данные исследования в температурный лист (протокол к плану ухода, амбулаторную карту)	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 42

Алгоритм исследования артериального пульса на лучевой артерии

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: часы или секундомер, температурный лист, ручка, бумага	
Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
Выполнение процедуры: 3. Во время процедуры пациент может сидеть или лежать (руки расслаблены, руки не должны быть на весу)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
4. Прижать 2, 3, 4 пальцами (1 палец должен находиться со стороны тыла кисти) лучевые артерии на обеих руках пациента и почувствовать пульсацию	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5. Определить синхронность пульса, т.е. совпадение пульсовых ударов на обеих руках	Обеспечение качественного выполнения процедуры
6. Определить ритм пульса в течение 60 секунд (если пульсовая волна следует одна за другой через равные промежутки времени — пульс ритмичный)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Выбрать одну удобную руку для дальнейшего исследования пульса	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Взять часы или секундомер и определить частоту пульса в течение 30 секунд. Умножить на два (если пульс ритмичный). Если пульс не ритмичный — считать в течение 1 минуты	Обеспечение качественного выполнения процедуры
9. Удерживать руку пациента и определить наполнение пульса (если пульсовая волна четкая — пульс полный, слабая — пустой, пульсовая волна слабо прощупывается — нитевидный)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
10. Прижать артерию сильнее, чем прежде, к лучевой кости и определить напряжение пульса (если пульсация исчезает при умеренном нажатии — напряжение хорошее; если пульсация не ослабевает — пульс напряжённый; если пульсация полностью прекратилась — напряжение слабое)	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 42

Окончание процедуры: 11. Сообщить пациенту результат исследования	Обеспечение психологического комфорта пациента и соблюдение прав пациента
12. Помочь пациенту занять удобное положение или встать	Обеспечение физического комфорта пациента
13. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
14. Записать результаты исследования в температурный лист (или план сестринского ухода)	Обеспечение преемственности ухода

**Алгоритмы манипуляций и документация к главе 4.10
Технологии медицинского и социального ухода. Питание
и кормление пациента/клиента**

Таблица 43

Нулевые (хирургические) диеты

Показания	После операций на органах пищеварения, а также при полубессознательных состояниях, обусловленных нарушением мозгового кровообращения, черепно-мозговой травмой, инфекционными заболеваниями с высокой температурой тела и др.
Цели назначения	Обеспечение питания в условиях, когда приём обычной пищи невозможен, затруднён или противопоказан; максимальная разгрузка и щажение органов пищеварения, предупреждение вздутия кишечника (метеоризма)
Общая характеристика	Максимально механически и химически щадящее питание (жидкая, полужидкая, желеобразная, протёртая пища) в виде трёх последовательно назначаемых диет — № 0а, № 0б, № 0в. Диеты содержат наиболее легкоусвояемые источники белков, жиров и углеводов, повышенное количество жидкости и витаминов. Резко ограничено количество натрия хлорида (поваренной соли). Показаны частые приёмы пищи малыми порциями. После нулевых диет применяют диету № 1 или № 1 хирургическую. Последняя отличается от диеты № 1 включением некрепких мясных и рыбных бульонов и овощных отваров и ограничением цельного молока

Окончание табл. 43

Диета № 0а	<p>Её назначают, как правило, на 2–3 дня. Пища состоит из жидких и желеобразных блюд. В диете 5 г белка, 15–20 г жира, 150 г углеводов, энергетическая ценность 3,1–3,3 МДж (750–800 ккал); поваренной соли 1 г, свободной жидкости 1,8–2,2 л. Температура пищи не выше 45 °С. В рацион вводят до 200 г витамина С; другие витамины добавляют по назначению врача. Приём пищи 7–8 раз в сутки, на 1 приём дают не более 200–300 г.</p> <p>Разрешены: слабый обезжиренный мясной бульон, рисовый отвар со сливками или сливочным маслом, процеженный компот, кисель ягодный жидкий, отвар шиповника с сахаром, желе фруктовое, чай с лимоном и сахаром, свежеприготовленные фруктово-ягодные соки, разведённые в 2–3 раза сладкой водой (до 50 мл на приём). При улучшении состояния на 3-й день добавляют: яйцо всмятку, 10 г сливочного масла, 50 мл сливок.</p> <p>Исключены: любые плотные и пюреобразные блюда, цельное молоко и сливки, сметана, виноградный и овощные соки, газированные напитки</p>
Диета № 0б (№ 1а хирургическая)	<p>Её назначают на 2–4 дня после диеты № 0а, от которой диета № 0б отличается дополнением в виде жидких протёртых каш из рисовой, гречневой крупы, геркулеса, сваренных на мясном бульоне или воде. В рационе 40–50 г белка, 40–50 г жира, 250 г углеводов, энергетическая ценность 6,5–6,9 МДж (1550–1650 ккал); 4–5 г натрия хлорида, до 2 л свободной жидкости. Пищу дают 6 раз в день, не более 350–400 г на приём</p>
Диета № 0в (№ 1б хирургическая)	<p>Она служит продолжением расширения рациона и перехода к физиологически полноценному питанию. В диету вводят супы-пюре и супы-кремы, паровые блюда из протёртого отварного мяса, курицы или рыбы, свежий творог, протёртый со сливками или молоком до консистенции густой сметаны, паровые блюда из творога, кисломолочные напитки, печёные яблоки, хорошо протёртые фруктовые и овощные пюре, до 100 г белых сухарей. В чай добавляют молоко; дают молочные каши. В диете 80–90 г белка, 65–70 г жира, 320–350 г углеводов, энергетическая ценность 9,2–9,6 МДж (2200–2300 ккал); натрия хлорида 6–7 г. Пищу дают 6 раз в день. Температура горячих блюд не выше 50 °С, холодных — не менее 20 °С</p>

Таблица 44

Терапевтические диеты

Диета № 1

Показания: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в период выздоровления после резкого обострения и при нерезком обострении, нерезкое обострение хронического гастрита с сохранённой или повышенной секреторией, острый гастрит в период выздоровления. Исключены сильно возбуждающие секрецию желудка продукты и блюда.

Цели назначения: умеренное химическое, механическое и термическое щажение ЖКТ при полноценном питании, уменьшение воспаления, улучшение заживления язв, нормализация секреторной и двигательной функций желудка.

Общая характеристика: по энергетической ценности, содержанию белков, жиров и углеводов физиологически полноценная диета. Ограничены сильные возбудители секреции желудка, раздражители его слизистой оболочки, долго задерживающиеся в желудке и трудно перевариваемые продукты и блюда. Пищу готовят в основном протёртой, сваренной в воде или на пару. Рыба и негрубые сорта мяса допускаются к употреблению куском. Умеренно ограничена поваренная соль. Исключены очень холодные и горячие блюда.

Химический состав и энергетическая ценность: белки 90–100 г (60% животных), жиры 100 г (30% растительных), углеводы 400–420 г; энергетическая ценность 11,7–12,6 МДж (2800–3000 ккал); натрия хлорид 10–12 г, свободная жидкость 1,5 л.

Режим питания: 5–6 раз в день; перед сном молоко, сливки.

Исключаемые продукты и блюда: ржаной и любой свежий хлеб, изделия из сдобного и слоёного теста, мясные и рыбные бульоны, грибные и крепкие овощные отвары, щи, борщи, окрошка; жирные или жилистые сорта мяса и птиц, утка, гусь, консервы, копчёности; жирная, солёная рыба; молочные продукты с высокой кислотностью, острые, солёные сыры; яйца вкрутую и жареные; пшено, перловая, ячневая, кукурузная крупы; бобовые; цельные макароны; овощи (белокочанная капуста, репа, брюква, редька, шавель, шпинат, лук, огурцы, солёные, квашеные и маринованные овощи, грибы, овощные закусочные консервы); все острые и солёные закуски, кислые, недостаточно спелые, богатые клетчаткой фрукты и ягоды, не протёртые сухофрукты, шоколад, мороженое; мясные, рыбные, грибные, томатные соусы, хрен, горчица, перец; газированные напитки, квас, чёрный кофе

Продолжение табл. 44

Диета № 2

Показания: хронический гастрит с секреторной недостаточностью при нерезком обострении и в стадию выздоровления после обострения; острые гастриты, энтериты, колиты в период выздоровления как переход к рациональному питанию; хронические энтериты и колиты после и вне обострения без сопутствующих заболеваний печени, жёлчных путей, поджелудочной железы или гастрита с сохранённой или повышенной секрецией.

Цели назначения: обеспечить полноценным питанием, умеренно стимулировать секреторную функцию органов пищеварения, нормализовать двигательную функцию ЖКТ.

Общая характеристика: физиологически полноценная диета с умеренным механическим щажением и умеренной стимуляцией секреции пищеварительных органов. Разрешены блюда разной степени измельчения и тепловой обработки — отварные, тушёные, запечённые, жареные без образования грубой корочки (не панировать в сухарях или муке); протёртые блюда — из продуктов, богатых соединительной тканью или клетчаткой. Исключают продукты и блюда, которые долго задерживаются в желудке, трудно перевариваются, раздражают слизистую оболочку ЖКТ, а также очень холодные и горячие блюда.

Химический состав и энергетическая ценность: белки 90—100 г (60% животных), жиры 90—100 г (25% растительных), углеводы 400—420 г; энергетическая ценность 11,7—12,6 МДж (2800—3000 ккал); натрия хлорид до 15 г, свободная жидкость 1,5 л.

Режим питания: 4—5 раз в день без обильных приёмов пищи.

Исключаемые продукты и блюда: свежий хлеб и мучные изделия из сдобного и слоёного теста; супы молочные, гороховый, фасолевый, из пшена, окрошка; жирное и богатое соединительной тканью мясо, утка, гусь, копчёности, консервы (кроме диетических); жирные виды, солёная, копчёная рыба, закусочные рыбные консервы; яйца вкрутую; бобовые; ограничивают: пшено, перловую, ячневую, кукурузную крупу, сырые не протёртые овощи, маринованные и солёные, лук, редьку, редис, сладкий перец, огурцы, брюкву, чеснок, грибы; очень острые и жирные закуски; жирные и острые соусы, горчицу, перец, хрен; грубые сорта фруктов и ягод в сыром виде, ягоды с грубыми зёрнами (малина, красная смородина) или грубой кожицей (крыжовник), финики, инжир, шоколадные и кремовые изделия, мороженое; виноградный сок, квас; сало свиное, говяжий, бараний и кулинарные жиры

Продолжение табл. 44

Диета № 3

Показания: хронические заболевания кишечника с запорами при нерезком и затихающем обострении и вне обострения, геморрой, трещины заднего прохода без воспаления.

Цель назначения: нормализация нарушенных функций кишечника и связанных с этими нарушениями обменных процессов в организме.

Общая характеристика: физиологически полноценная диета с включением продуктов и блюд, усиливающих двигательную функцию и опорожнение кишечника (овощей, свежих и сушёных плодов, хлебопродуктов, круп, кисломолочных напитков и др.). Исключение продуктов и блюд, усиливающих брожение и гниение в кишечнике и отрицательно влияющих на другие органы пищеварения (богатые эфирными маслами, жареные изделия и др.). Пищу готовят в основном неизмельчённой, варят в воде или на пару, запекают. Овощи и плоды в сыром и варёном виде. В диету включают холодные первые и сладкие блюда, напитки.

Химический состав и энергетическая ценность: белки 90–100 г (55% животных), жиры 90–100 г (30% растительных), углеводы 400–420 г; энергетическая ценность 11,7–12,6 МДж (2800–3000 ккал); натрия хлорид 15 г, свободная жидкость 1,5 л.

Режим питания: 4–6 раз в день. По утрам желательны холодная вода с мёдом или соки плодов и овощей, на ночь — кефир, компоты из свежих или сухих фруктов, свежие фрукты, чернослив.

Исключаемые продукты и блюда: хлеб из муки высших сортов, слоёное и сдобное тесто; жирные сорта мяса, утка, гусь, копчёности, консервы; жирные виды рыбы, копчёная рыба; яйца вкрутую, жареные; рис, манная крупа, саго, вермишель, бобовые; редька, редис, чеснок, лук, репа, грибы; жирные и острые блюда; кисель, черника, айва, кизил, шоколад, изделия с кремом; острые и жирные соусы, хрен, горчица, перец; какао, натуральный кофе, крепкий чай; животные и кулинарные жиры

Продолжение табл. 44

Диета № 4

Показания: острые энтероколиты с диареей после голодных дней, обострение хронических энтеритов, дизентерия, состояние после операций на кишечнике.

Цели назначения: обеспечение питания при нарушении пищеварения, уменьшение воспаления, бродильных и гнилостных процессов в кишечнике, нормализация функций кишечника и других органов пищеварения.

Общая характеристика: диета пониженной энергетической ценности за счёт жиров и углеводов при нормальном содержании белка. Резко ограничены механические, химические и термические раздражители ЖКТ. Исключены продукты и блюда, усиливающие секрецию органов пищеварения, процессы брожения и гниения в кишечнике. Блюда жидкие, полужидкие, протёртые, сваренные в воде или на пару. Исключены очень горячие и холодные блюда.

Химический состав и энергетическая ценность: белки 90 г (60–65% животных), жиры 70 г, углеводы 250 г (40–50 г сахара); энергетическая ценность 8,4 МДж (2000 ккал); натрия хлорид 8–10 г, свободная жидкость 1,5–2 л.

Режим питания: 5–6 раз в день небольшими порциями.

Исключаемые продукты и блюда: хлебобулочные и мучные изделия; супы с крупой, овощами, макаронными изделиями, молочные, крепкие и жирные бульоны; жирные виды и сорта мяса, мясо куском, колбасы и другие мясные продукты; жирные виды рыбы, солёная рыба, икра, консервы; цельное молоко и другие молочные продукты; яйца вкрутую, сырые, жареные; пшено, перловая, ячневая крупа, макаронные изделия, бобовые; закуски; фрукты и ягоды в натуральном виде, сухофрукты, компоты, мёд, варенье и другие сладости; кофе и какао с молоком, газированные и холодные напитки

Продолжение табл. 44

Диета № 5

Показания: острые гепатиты и холециститы в стадию выздоровления; хронический гепатит вне обострения; цирроз печени без её недостаточности; хронический холецистит и желчнокаменная болезнь вне обострения. Во всех случаях — без выраженных заболеваний желудка и кишечника.

Цели назначения: химическое щажение печени в условиях полноценного питания, улучшение функций печени и деятельности желчевыводящих путей, желчеотделения.

Общая характеристика: физиологически нормальное содержание белков и углеводов при небольшом ограничении жиров (в основном тугоплавких). Исключают продукты, богатые азотистыми экстрактивными веществами, пуринами, холестерином, щавелевой кислотой, эфирными маслами и продуктами окисления жиров, возникающими при жарке. Повышено содержание липотропных веществ, клетчатки, пектинов, жидкости. Блюда готовят отварными, запечёнными, изредка тушёными. Протирают только жилистое мясо и богатые клетчаткой овощи; муку и овощи не пассеруют. Исключены очень холодные блюда.

Химический состав и энергетическая ценность: белки 90–100 г (60% животных), жиры 80–90 г (30% растительных), углеводы 400–450 г (70–80 г сахара); энергетическая ценность 11,7–12,2 МДж (2800–2900 ккал); натрия хлорид 10 г, свободная жидкость 1,5–2 л. Можно включать ксилит и сорбит (25–40 г).

Режим питания: 5 раз в день; на ночь кефир.

Исключаемые продукты и блюда: очень свежий хлеб, слоёное и сдобное тесто, жареные пирожки; мясные, рыбные и грибные бульоны, окрошка, щи зелёные; жирные сорта мяса, утка, гусь, печень, почки, мозги, копчёности, большинство колбас, консервы; жирные виды рыбы, копчёная, солёная рыба; яйца вкрутую и жареные; бобовые; шпинат, щавель, редис, редька, лук зелёный, чеснок, грибы, маринованные овощи; острые и жирные закуски, икра; шоколад, кремовые изделия, мороженое; горчица, перец, хрен; чёрный кофе, какао, холодные напитки; свиное, говяжье, баранье сало, кулинарные жиры

Продолжение табл. 44

Диета № 6

Показания: подагра, мочекаменная болезнь с образованием камней из солей мочевой и щавелевой кислот.

Цели назначения: нормализация обмена пуринов, уменьшение образования в организме мочевой кислоты и её солей, сдвиг реакции мочи в щелочную сторону.

Общая характеристика: исключение продуктов, содержащих много пуринов, щавелевой кислоты; умеренное ограничение натрия хлорида, увеличение количества ощелачивающих продуктов (молочные, овощи и фрукты) и свободной жидкости [при отсутствии противопоказаний со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС)]. Небольшое уменьшение в диете белков и жиров (в основном тугоплавких), а при сопутствующем ожирении — и углеводов. Кулинарная обработка обычная, но мясо, птицу и рыбу необходимо обязательно отваривать. Температура пищи обычная.

Химический состав и энергетическая ценность: белки 70–80 г (50% животных), жиры 80–90 г (30% растительных), углеводы 400 г (80 г сахара); энергетическая ценность 11,3–11,7 МДж (2700–2800 ккал); натрия хлорид 10 г, свободная жидкость 1,5–2 л и больше.

Режим питания: 4 раза в день, в промежутках и натошак питьё.

Исключаемые продукты и блюда: мясные, рыбные и грибные бульоны, супы из щавеля, шпината; печень, почки, язык, мозги, мясо молодых животных и птиц, колбасы, копчёности, солёная рыба, мясные и рыбные консервы, икра; солёные сыры; бобовые; грибы; свежие стручки бобовых, шпинат, щавель, ревень, цветная капуста; солёные закуски; шоколад, инжир, малина, клюква; соусы на мясном, рыбном, грибном бульонах, перец, горчица, хрен; какао, крепкие чай и кофе; говяжий, бараний, кулинарный жиры. Ограничивают свиной жир

Продолжение табл. 44

Диета № 7

Показания: острый нефрит в период выздоровления (с 3–4-й недели лечения); хронический нефрит вне обострения и без недостаточности почек.

Цели назначения: умеренное щажение функции почек, ослабление артериальной гипертензии и уменьшение отёков, улучшение выведения из организма азотистых и других продуктов обмена веществ.

Общая характеристика: содержание белков несколько ограничено, жиров и углеводов — в пределах физиологической нормы. Пищу готовят без натрия хлорида. Соль выдают больному в количестве, указанном врачом (3–6 г и более). Количество свободной жидкости уменьшено в среднем до 1 л. Исключают экстрактивные вещества мяса, рыбы, грибов, источники шавелевой кислоты и эфирных масел. Мясо и рыбу (100–150 г в день) отваривают. Температура пищи обычная.

Химический состав и энергетическая ценность: белки 80 г (50–60% животных), жиры 90–100 г (25% растительных), углеводы 400–450 г (80–90 г сахара); энергетическая ценность 11,3–12,2 МДж (2700–2900 ккал); свободная жидкость 0,9–1,1 л.

Режим питания: 4–5 раз в день.

Исключаемые продукты и блюда: хлеб обычной выпечки, мучные изделия с добавлением натрия хлорида; мясные, рыбные и грибные бульоны; жирные сорта мяса, жареные и тушёные блюда без отваривания, колбасы, сосиски, копчёности, консервы; жирные виды рыбы, солёная, копчёная рыба, икра; сыры; бобовые; чеснок, редька, редис, шавель, шпинат, солёные, маринованные и квашенные овощи, грибы; шоколад; мясные, рыбные и грибные соусы, перец, горчица, хрен; крепкий кофе, какао, минеральные воды, богатые натрием

Продолжение табл. 44

Диета № 8

Показания: ожирение как основное заболевание или сопутствующее при других болезнях, не требующих специальных диет.

Цель назначения: воздействие на обмен веществ для устранения избыточных отложений жира.

Общая характеристика: уменьшение энергетической ценности рациона за счёт углеводов, особенно легкоусвояемых, и в меньшей степени — жиров (в основном животных) при нормальном или незначительно повышенном содержании белка. Ограничение свободной жидкости, натрия хлорида и возбуждающих аппетит продуктов и блюд. Увеличение содержания пищевых волокон. Блюда готовят в варёном, тушёном, запечённом виде. Жареные, протёртые и рубленые изделия нежелательны. Используют заменители сахара для сладких блюд и напитков (ксилит и сорбит учитывают в энергетической ценности диеты). Температура блюд обычная.

Химический состав и энергетическая ценность: белки 90–110 г (60% животных), жиры 80–85 г (30% растительных), углеводы 150 г; энергетическая ценность 7,1–7,5 МДж (1700–1800 ккал); натрия хлорид 5–6 г, свободная жидкость 1–1,2 л.

Режим питания: 5–6 раз в день с достаточным объёмом для чувства насыщения; на ночь нежирный кефир.

Исключаемые продукты и блюда: изделия из пшеничной муки высшего и I сорта, сдобного и слоёного теста; супы молочные, картофельные, крупяные, бобовые, с макаронными изделиями; жирные сорта мяса, гусь, утка, ветчина, сосиски, колбасы варёные и копчёные, консервы; жирная, солёная, копчёная рыба, рыбные консервы в масле, икра; жирный творог, сладкие сырки, сливки, сладкий йогурт, ряженка, топлёное молоко, жирные и солёные сыры; жареные яйца; крупы (кроме гречневой, перловой и ячневой); макаронные изделия; бобовые; жирные и острые закуски; виноград, изюм, бананы, инжир, финики, очень сладкие сорта других плодов, сахар, кондитерские изделия, варенье, мёд, мороженое, кисели; жирные и острые соусы, майонез, все пряности; виноградный и другие сладкие соки, какао; мясные и кулинарные жиры

Продолжение табл. 44

Диета № 9

Показания: сахарный диабет лёгкой и средней степени тяжести; больные с нормальной или слегка избыточной массой тела, не получающие инсулин или получающие его в небольших дозах (20–30 ЕД); диету № 9 назначают также при подборе доз инсулина или других сахароснижающих препаратов. Разработаны варианты диеты № 9, учитывающие характер инсулинотерапии, сопутствующие заболевания и другие факторы.

Цели назначения: улучшение углеводного обмена и предупреждение нарушения жирового обмена, определение толерантности к углеводам (какое количество углеводов пищи усваивается).

Общая характеристика: диета с умеренно сниженной энергетической ценностью за счёт легкоусвояемых углеводов и животных жиров. Содержание белков соответствует физиологической норме. Исключены сахар и сладости. Умеренно ограничено содержание натрия хлорида, холестерина, экстрактивных веществ. Увеличено содержание липотропных веществ, витаминов, пищевых волокон. Рекомендуют употребление в пищу таких продуктов, как творог, нежирная рыба, морепродукты, овощи, фрукты, крупа из цельного зерна, хлеб из муки грубого помола. Предпочтительны варёные и запечённые изделия, в меньшей степени — жареные и тушёные. Для сладких блюд и напитков вместо сахара используют ксилит или сорбит, которые учитываются в энергетической ценности диеты. Температура блюд обычная.

Химический состав и энергетическая ценность: белки 90–100 г (55% животных), жиры 75–80 г (30% растительных), углеводы 300–350 г (в основном полисахариды); энергетическая ценность 9,6–10,5 МДж (2300–2500 ккал); натрия хлорид 12 г, свободная жидкость 1,5 л.

Режим питания: 5–6 раз в день с равномерным распределением углеводов.

Исключаемые продукты и блюда: изделия из сдобного и слоёного теста; крепкие, жирные бульоны, молочные супы с манной крупой, рисом, лапшой; жирные сорта мяса, утка, гусь, копчёности, большинство колбас, консервы; жирная, солёная рыба, консервы в масле, икра; солёные сыры, сладкие творожные сырки, сливки; рис, манная крупа и макаронные изделия; солёные и маринованные овощи; виноград, изюм, бананы, инжир, финики, сахар, варенье, конфеты, мороженое; жирные, острые и солёные соусы; виноградный и другие сладкие соки, лимонады на сахаре; мясные и кулинарные жиры

Продолжение табл. 44

Диета № 10

Показания: заболевания ССС без клинических признаков сердечной недостаточности.

Цели назначения: улучшение кровообращения, функционирования ССС, печени и почек, нормализация обмена веществ, щажение ССС и органов пищеварения.

Общая характеристика: небольшое снижение энергетической ценности за счёт жиров и отчасти углеводов. Значительное ограничение количества натрия хлорида, уменьшение потребления жидкости. Ограничено содержание веществ, возбуждающих сердечно-сосудистую и нервную системы, раздражающих печень и почки, излишне обременяющих ЖКТ, способствующих метеоризму. Увеличено содержание калия, магния, липотропных веществ, продуктов, оказывающих ощелачивающее действие (молочные, овощи, фрукты). Мясо и рыбу отваривают. Исключают трудноперевариваемые блюда. Пищу готовят без соли. Температура пищи обычная.

Химический состав и энергетическая ценность: белки 90 г (55–60% животных), жиры 70 г (25–30% растительных), углеводы 350–400 г; энергетическая ценность 10,5–10,9 МДж (2500–2600 ккал); натрия хлорид 6–7 г (3–5 г на руки), свободная жидкость 1,2 л.

Режим питания: 5 раз в день относительно равномерными порциями.

Исключаемые продукты и блюда: свежий хлеб, изделия из сдобного и слоёного теста, блины, оладьи; супы из бобовых, мясные, рыбные, грибные бульоны; жирные сорта мяса, гусь, утка, печень, почки, мозги, копчёности, колбасные изделия, мясные консервы; жирная, солёная, копчёная рыба, икра, рыбные консервы; солёные и жирные сыры; яйца вкрутую, жареные; бобовые; солёные, маринованные, квашеные овощи; шпинат, шавель, редька, редис, чеснок, репчатый лук, грибы; острые, жирные и солёные закуски; плоды с грубой клетчаткой, шоколад, пирожные; соусы на мясном, рыбном, грибном отваре, горчица, перец, хрен; натуральный кофе, какао; мясные и кулинарные жиры

Продолжение табл. 44

Диета № 11

Показания: туберкулёз лёгких, костей, лимфатических узлов, суставов при нерезком обострении или его стихании, при пониженной массе тела; истощение после инфекционных болезней, операций, травм; во всех случаях — при отсутствии поражений органов пищеварения. Разработаны варианты диеты № 11 с учётом локализации и характера туберкулёзного процесса, состояния органов пищеварения, наличия осложнений.

Цели назначения: улучшение состояния питания организма, повышение его защитных сил, усиление восстановительных процессов в поражённом органе.

Общая характеристика: диета повышенной энергетической ценности с преимущественным увеличением содержания белков, витаминов, минеральных веществ (кальций, железо и др.), умеренным увеличением количества жиров и углеводов. Кулинарная обработка и температура пищи обычные.

Химический состав и энергетическая ценность: белки 110–130 г (60% животных), жиры 100–120 г (20–25% растительных), углеводы 400–450 г; энергетическая ценность 12,6–14,2 МДж (3000–3400 ккал); натрия хлорид 15 г, свободная жидкость 1,5 л.

Режим питания: 5 раз в день; на ночь кефир.

Исключаемые продукты и блюда: очень жирные сорта мяса и птицы, бараний, говяжий и кулинарный жиры; острые и жирные соусы, торты и пирожные с большим количеством крема

Диета № 12

Показания: заболевания ЦНС, сопровождающиеся повышенной нервной возбудимостью; переходный период питания от диеты № 10 к обычному питанию.

Цели назначения: снижение возбудимости ЦНС, шадящий переход на расширенную диету.

Общая характеристика: достаточная калорийность с нормальным содержанием белков, жиров и углеводов; повышенное содержание кальция. Максимальное ограничение продуктов, возбуждающих нервную систему. Кулинарная обработка разнообразная, без ограничений.

Химический состав: белки 100–110 г, жиры 90–100 г, углеводы 450–550 г; натрия хлорид 12–15 г, кальций 1–1,2 г. Режим питания: 5–6 раз в день.

Исключаемые продукты и блюда: крепкие мясные и рыбные бульоны; острые блюда, закуски и специи (горчица, перец и пр.); крепкий чай, кофе, шоколад, алкогольные напитки

Продолжение табл. 44

Диета № 13

Показания: острые инфекционные заболевания в острый лихорадочный период, ангины.

Цели назначения: поддержание общих сил организма и повышение его сопротивляемости инфекции, уменьшение интоксикации, щажение органов пищеварения в условиях лихорадочного состояния и постельного режима.

Общая характеристика: диета пониженной энергетической ценности за счёт жиров, углеводов и в меньшей степени белков; повышено содержание витаминов и жидкостей. При разнообразии продуктового набора преобладают легкоперевариваемые, не способствующие метеоризму и запорам продукты и блюда. Исключены источники грубой клетчатки, жирные, солёные, трудноперевариваемые продукты и блюда. Пищу готовят в рубленом и протёртом виде, варят в воде или на пару. Блюда подают горячими (не более 55–60 °С) или холодными (но не менее 12 °С).

Химический состав и энергетическая ценность: белки 75–80 г (60–70% животных, особенно молочных), жиры 60–70 г (15% растительных), углеводы 300–350 г (30% легкоусвояемых); энергетическая ценность 9,2–9,6 МДж (2200–2300 ккал); натрия хлорид 8–10 г (увеличивают при сильном потоотделении, обильной рвоте), свободная жидкость 2 л и более.

Режим питания: 5–6 раз в день небольшими порциями.

Исключаемые продукты и блюда: ржаной и любой свежий хлеб, сдоба, выпечные изделия; жирные бульоны, щи, борщи, супы из бобовых, пшена; жирные сорта мяса, утка, гусь, баранина, свинина, колбаса, консервы; жирные виды рыбы, солёная, копчёная рыба; цельное молоко и сливки, жирная сметана, острые, жирные сыры; яйца вкрутую и жареные; пшено, перловая, ячневая, кукурузная крупа, бобовые, макароны; белокочанная капуста, редис, редька, лук, чеснок, огурцы, брюква, грибы; жирные и острые закуски, копчёности, салаты из овощей; плоды, богатые клетчаткой, с грубой кожицей, шоколад, пирожные; острые, жирные соусы, пряности; какао

Окончание табл. 44

Диета № 14

Показания: мочекаменная болезнь с щелочной реакцией мочи, пиелоститы, фосфатурия.

Цели назначения: восстановление кислой реакции мочи и предотвращение таким образом выпадения осадка.

Общая характеристика: по энергетической ценности, содержанию белков, жиров и углеводов рацион соответствует физиологическим нормам; в диете ограничены продукты ощелачивающего действия и богатые кальцием (молочные продукты, большинство овощей и плодов), преобладают продукты, изменяющие реакцию мочи в кислую сторону (хлеб и мучные изделия, крупа, мясо, рыба). Кулинарная обработка и температура пищи обычные. При отсутствии противопоказаний — обильное питьё.

Химический состав и энергетическая ценность: белки 90 г, жиры 100 г, углеводы 380–400 г; энергетическая ценность 11,7 МДж (2800 ккал); натрия хлорид 10–12 г, свободная жидкость 1,5–2,5 л.

Режим питания: 4 раза в день, в промежутках и натошак питьё.

Исключаемые продукты и блюда: супы молочные, овощные и фруктовые; копчёности; рыба солёная, копчёная; молоко, кисломолочные напитки, творог, сыр; овощи (кроме горошка и тыквы), картофель; овощные салаты, винегреты, овощные консервы; фрукты и ягоды (кроме кислых сортов яблок, клюквы, брусники); фруктовые, ягодные и овощные соки

Диета № 15 («общий стол»)

Показания: отсутствие показаний к назначению специальной диеты, переходная диета к обычному питанию в период выздоровления и после применения лечебных диет. «Общий стол» назначают больным без нарушений функций органов ЖКТ.

Цель назначения: обеспечение физиологически полноценного питания в условиях больницы.

Общая характеристика: энергетическая ценность и содержание белков, жиров и углеводов почти полностью соответствуют нормам питания для здорового человека, не занятого физическим трудом. Витамины вводят в повышенном количестве. Допускают все способы кулинарной обработки пищи. Температура пищи обычная. Из диеты исключают наиболее трудно-перевариваемые и острые продукты.

Химический состав и энергетическая ценность: белки 90–95 г (55% животных), жиры 100–105 г (30% растительных), углеводы 400 г; энергетическая ценность 11,7–12,1 МДж (2800–2900 ккал); натрия хлорид 15 г, свободная жидкость 1,5–2 л.

Режим питания: 4 раза в день.

Исключаемые продукты и блюда: жирные сорта мяса, утка, гусь, тугоплавкие животные жиры, перец, горчица

Таблица 45

Индивидуальное добавочное питание

Молочная диета	Молочная диета (в том числе диета Карелля* и её варианты). Кроме применения у больных с сердечной недостаточностью, её назначают также при гипертонической болезни, ожирении, заболеваниях печени и желчевыводящих путей, пиелитах и пиелоститах. При этой диете дают молоко, кефир, простоквашу через 2–2,5 часа по 200–250 мл 6 раз в день (всего 1,2–1,5 л) или же назначают диеты Карелля
Творожная диета	Творожная диета назначается при выраженной сердечной недостаточности, хроническом нефрите с отёками, но без азотемии, при ожирении. В неё включены 500 г творога и 150 г сахара, 1–2 стакана отвара шиповника. Больному дают пищу в 5 приёмов равными частями через 2–2,5 часа
Яблочная диета	Яблочная диета назначается при ожирении, гипертонической болезни, хроническом нефрите, хроническом панкреатите. Больному дают 5 раз в день по 250–300 г спелых сырых яблок (всего 1,25–1,5 кг). При хроническом энтероколите больному дают 5 раз в день по 250–300 г сырых тёртых яблок без кожуры и семян. Калорийность диеты составляет 500–600 ккал
Компотная диета	Компотная диета назначается при тех же заболеваниях, что и яблочная. Больному дают 6 раз в день по 1 стакану компота, сваренного из 200 г сушёных фруктов, 60–70 г сахара с 1,5 л воды. Калорийность 750 ккал
Молочно-картофельная диета	Молочно-картофельную диету назначают при хроническом нефрите с отёками и азотемией, сердечной недостаточности, заболеваниях с ацидозом. Диету назначают на 2–6 дней, она состоит из 1 кг картофеля и 0,5 л молока. Поваренная соль исключается. Калорийность 1200–1300 ккал
Изюмная диета	Изюмная диета применяется при тех же заболеваниях, что и молочно-картофельная. Её назначают на 1 день, состоит она из 0,5 кг изюма без косточек. Изюм дают 5–6 раз в день равными порциями
Чайная диета	Чайная диета показана при гастрите с секреторной недостаточностью, энтероколитах. Её назначают на 1–2 дня. В день больному дают 7 стаканов сладкого чая, 10–15 г сахара на стакан

Окончание табл. 45

Диета Карелля	Диета Карелля (предложена Филиппом Яковлевичем Кареллем в 1865 г.) — метод лечения болезней сердечно-сосудистой системы и почек питанием только снятым молоком (0,8–3 л/сут) при соблюдении постельного режима. В классическом варианте этой диеты в первую неделю больному дают снятое молоко по 200 мл 4 раза в день, позже добавляют яйца, сухари с постепенным переходом к обычной смешанной пище. Применяемые в настоящее время модификации диеты Карелля представлены в табл. 4–2
Мясо-овощная диета	Мясо-овощная диета назначается при ожирении. Она включает 350 г варёной говядины, 0,6 кг овощей (капусты, огурцов, моркови). Пищу принимают 6 раз в день
Арбузная диета	Арбузная диета назначается при нефритах, подагре, почечнокаменной болезни с уратурией. Больному дают по 300 г арбуза 5 раз в день

Таблица 46

Алгоритм кормления тяжелобольного через рот

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: салфетка, комплект столовой посуды, в соответствии с выбранным режимом кормления, прикроватный столик	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться (если пациент в сознании), проинформировать о предстоящем кормлении, составе и объеме пищи, методе кормления	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Обеспечение качественного выполнения процедуры
2. Вымыть руки	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Подготовить еду; подогреть его до температуры 30 °С–35 °С	Обеспечение безопасности пациента. Обеспечение качественного выполнения процедуры
II. Проведение процедуры: а) При кормлении пациента через рот 1. Помочь пациенту занять полусидячее положение в постели, или положение, сидя с опущенными ногами, или помочь пересест на стул	Обеспечение качественного выполнения процедуры
2. Помочь пациенту вымыть руки, причесаться, поправить одежду	Обеспечение качественного выполнения процедуры
3. Накрыть грудь пациента салфеткой	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Продолжение табл. 46

4. При наличии у пациента съемных зубных протезов помочь пациенту установить их	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5. Придвинуть прикроватный столик к кровати пациента, сервировать стол	Обеспечение качественного выполнения процедуры
6. Расположить тарелки с пищей в соответствии с пожеланиями пациента. При нарушении моторики подложить под тарелки несскользящие салфетки. При нарушении координации использовать посуду с защитным бортиком или иную посуду, рекомендованную специалистом по восстановительной медицине	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Предложить пациенту воспользоваться столовым прибором, в том числе специальной посудой для пациентов с нарушенными моторными функциями	Обеспечение качественного выполнения процедуры
Б) Если пациент готов есть самостоятельно 1) При необходимости использовать вспомогательные приспособления для предплечья, облегчающие подъем руки до уровня рта (например, подвижные подставки для предплечья; поддерживающие ремни, одеваемые через голову); протезные или ортопедические приспособления	Обеспечение качественного выполнения процедуры
2) Наблюдать за процессом питания; эффективностью пережевывания и глотания	Обеспечение качественного выполнения процедуры
3) По мере необходимости заменять тарелки	Обеспечение качественного выполнения процедуры
4) По окончании процедуры помочь пациенту прополоскать рот и занять удобное положение в постели	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Обеспечение инфекционной безопасности
В) Если пациент нуждается в активном кормлении 1. Приподнять головной конец кровати	Обеспечение качественного выполнения процедуры
2. Убедиться, что пища, приготовленная для пациента, имеет однородную консистенцию	Обеспечение качественного выполнения процедуры
3. Придвинуть прикроватный столик к кровати пациента, сервировать стол	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 46

4. Одной рукой приподнять голову пациента; другой поднести ложку ко рту пациента (при гемипарезе пища подносится со здоровой стороны)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
Поддерживать голову пациента в процессе жевания и глотания. Поить пациента по требованию или через каждые три — пять ложек пищи. Жидкость дают с помощью ложки или поильника	Обеспечение качественного выполнения процедуры
6. По окончании кормления помочь пациенту прополоскать рот или обработать ротовую полость	Обеспечение инфекционной безопасности
7. Придать пациенту полу сидячее положение на 30 минут после окончания еды	Обеспечение качественного выполнения процедуры
III. Окончание процедуры:	Обеспечение качественного выполнения процедуры
1. Обработать ротовую полость, вытереть лицо пациента от загрязнений	Обеспечение инфекционной безопасности
2. Подвергнуть дезинфекции и утилизации использованный материал	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить	Обеспечение инфекционной безопасности
4. Уточнить у пациента о его самочувствии	Обеспечение психологического комфорта пациента
5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 47

Алгоритм кормления пациента через назогастральный зонд

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: фонендоскоп, система для непрерывного режима зондового кормления, шприц объемом 20–50 мл, зажим хирургический, изотонический раствор хлорида натрия, салфетка, лейкопластырь, перчатки стерильные, шприц Жане, часы	
I. Подготовка к процедуре: 1 Идентифицировать пациента, представиться (если пациент в сознании), проинформировать о предстоящем кормлении	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Обеспечение качественного выполнения процедуры

Продолжение табл. 47

2. Определить предписанный пациенту режим кормления — непрерывный или перемежающийся (фракционный)	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика), одеть перчатки	Обеспечение безопасности пациента. Обеспечение качественного выполнения процедуры
Поднять головной конец кровати на 30°—45°	Обеспечение качественного выполнения процедуры
Проверить правильность положения зонда	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Обеспечение безопасности пациента
6. Присоединить шприц объемом 20 см ³ к дистальному участку зонда и аспирировать содержимое желудка. - Оценить характер содержимого — при появлении признаков кровотечения прекратить процедуру. - При выявлении признаков нарушения эвакуации желудочного содержимого — прекратить кормление	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Обеспечение безопасности пациента
7. Присоединить к дистальному участку зонда шприц, заполненный 20 см ³ воздуха и ввести воздух внутрь, одновременно аускультуруя область эпигастрия	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Обеспечение безопасности пациента
8. Осмотреть кожу и слизистые оболочки носовых ходов, исключить признаки инфицирования и трофических нарушений, связанных с постановкой назогастрального зонда	Обеспечение безопасности пациента
9. Проверить качество фиксации зонда, при необходимости заменить пластырную повязку	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Обеспечение безопасности пациента
II. Проведение процедуры: а) При непрерывном режиме зондового кормления	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Обеспечение инфекционной безопасности
10. Промыть емкость для питательной смеси и соединительную канюлю	
11. Заполнить емкость предписанной питательной смесью	Обеспечение качественного выполнения процедуры
12. Присоединить канюлю к дистальному участку назогастрального зонда или приемному штуцеру инфузионного насоса	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Продолжение табл. 47

13. Установить требующуюся скорость введения раствора с помощью дозатора канюли или блока управления насоса	Обеспечение качественного выполнения процедуры
14. Контролировать скорость введения раствора и объем введенной смеси каждый час	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Обеспечение безопасности пациента
15. Каждый час аускультировать перистальтические шумы во всех квадрантах живота	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Обеспечение безопасности пациента
16. Каждые 3 часа проверять остаточный объем желудочного содержимого. При превышении объема показателя, указанного в назначении, — прервать кормление	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Обеспечение безопасности пациента
17. По окончании процедуры — промыть зонд 20–30 мл физиологического раствора или другого раствора в соответствии с предписанной схемой	Обеспечение инфекционной безопасности
б) При перемежающимся (фракционном) режиме зондового кормления	Обеспечение качественного выполнения процедуры
18. Подготовить предписанный объем питательной смеси; перелить его в чистую посуду	
19. Заполнить шприц объемом 20–50 мл или воронку питательным раствором	Обеспечение качественного выполнения процедуры
20. Ввести активно медленно (с помощью шприца) или пассивно (с помощью шприца Жане) предписанный объем питательной смеси в желудок пациента. введение производить дробно, порциями по 20–30 мл, с интервалами между порциями — 1–3 мин	Обеспечение качественного выполнения процедуры
21. После введения каждой порции, пережимать дистальный участок зонда, препятствуя его опустошению	Обеспечение качественного выполнения процедуры
22. По окончании кормления ввести предписанный назначением объем воды. Если введение жидкости не предусмотрено, промыть зонд 30 мл физиологического раствора	Обеспечение качественного выполнения процедуры
23. Аускультировать перистальтические шумы во всех квадрантах живота	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 47

III. Окончание процедуры: 24. Уложить пациента в удобное положение, вытереть лицо пациента от загрязнений	Обеспечение качественного выполнения процедуры
25. Подвергнуть дезинфекции и утилизации использованный материал	Обеспечение инфекционной безопасности
26. Снять перчатки, сбросить на утилизацию. Обработать руки гигиеническим способом, осушить	Обеспечение инфекционной безопасности
27. Уточнить у пациента о его самочувствии	Обеспечение психологического комфорта пациента
28. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 48

Алгоритм ухода за назогастральным зондом

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: шприц на 150 мл (шприц Жане), фонендоскоп, вакуумный отсасыватель, лоток, зонд назогастральный, глицерин, физиологический раствор или специальный раствор для промывания, нестерильные перчатки, стерильные марлевые салфетки, емкость для промывания катетера, пластырь, шпатель	
I. Подготовка к процедуре: 1. Объяснить пациенту цель и ход процедуры, получить его согласие. Уточнить, испытывает ли он какой-либо дискомфорт от зонда (если пациент в сознании) и определить необходимость изменений	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента. Обеспечение качественного выполнения процедуры
2. Вымыть руки, одеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
II. Проведение процедуры: 3. Осмотреть место введения зонда на предмет признаков раздражения или сдавления	Обеспечение качественного выполнения процедуры
4. Проверить месторасположение зонда: попросить пациента открыть рот, чтобы увидеть зонд в глотке	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5. Подсоединить шприц с 10–20 куб. см (10 куб. см для детей) воздуха к назогастральному зонду и ввести воздух, одновременно выслушивая звуки в области эпигастрия при помощи стетоскопа (булькающие звуки)	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 48

6. Очистить наружные носовые ходы увлажненными физиологическим раствором марлевыми салфетками. Нанести вазелин на слизистую оболочку, соприкасающуюся с зондом (исключение — манипуляции, связанные с оксигенотерапией)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Каждые 4 ч. выполнять уход за полостью рта: увлажнять полость рта и губы	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Каждые 3 ч. (по назначению врача) промывать зонд 20—30 мл физиологического раствора. Для этого подсоединить шприц, наполненный физиологическим раствором, к зонду, медленно и аккуратно ввести жидкость в зонд; аккуратно провести аспирацию жидкости, обратить внимание на ее внешний вид и вылить в отдельную жидкость	Обеспечение качественного выполнения процедуры
III. Окончание процедуры: 9. Снять пластырь и наклеить заново, если он отклеился или сильно загрязнен	Обеспечение качественного выполнения процедуры
10. Прозеинфицировать и утилизировать использованные материалы. Обработать мембрану фонендоскопа дезинфектантом или антисептиком	Обеспечение инфекционной безопасности
11. Снять перчатки, поместить их в контейнер для утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
12. Обработать руки гигиеническим способом, осушить	Обеспечение инфекционной безопасности
13. Уточнить у пациента его самочувствие (если он в сознании)	Обеспечение психологического комфорта пациента
14. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 49

Пособие при гастростоме

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: полотенце и/или впитывающая пеленка, удлинительный набор (катетер) для баллонной стомы, шприц Жане или воронка (лучше одноразовые), шприцы 10,0 и 20,0 мл. вода кипяченая 100мл. Емкость с питательной смесью (по назначению врача) в количестве 200–500 мл, t 37–38 °С (энпиты, йогурты или спецпитание в упаковках), стерильные салфетки, антисептики, гели и мази по назначению врач, лоток для расходных материалов, емкости для дезинфекции, мешок для сбора белья, перчатки	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, пред- ставиться (если пациент в сознании), проинформировать о предстоящей про- цедуре, получить согласие, Объяснить цель и ход предстоящей процедуры пациенту и родственникам	Установление контакта с паци- ентом. Обеспечение психологи- ческой подготовки пациента к предстоящей процедур. Соблю- дение прав пациента
2. Помочь пациенту занять удобное положение	Обеспечение комфортного положения
3. Вымыть и осушить руки, одеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
4. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечение эффективности процедуры
II. Выполнение процедуры: а) Кормление через ЧЭГ (чрезкожная эндоскопическая гастростома) 5. Снять повязку и поместить ее в лоток для использованного материала. Прове- сти визуальный осмотр наружной части гастростомической трубки (желудочно- го зонда) и кожи вокруг	Обеспечение инфекционной безопасности.
6. Положить полотенце на эпигастраль- ную область, под наружную часть гастростомической трубки	Обеспечение физического и психологического комфорта
7. Открыть заглушку (клапан) гастро- стомы и присоединить цилиндр шпри- ца Жане к гастростомической трубке (зонду), снять зажим	Обеспечение безопасного прие- ма пищи.
8. Налить в шприц, держа его наклонно, нужное количество питательной смеси	Обеспечение безопасного прие- ма пищи
9. Приподнять шприц, дождаться пока пища уйдет в желудок	Обеспечение естественной ско- рости поступления пищи
10. Повторить действия до введения нужного объема пищи	Обеспечение приема всего объ- ема пищи

Продолжение табл. 49

11. Промыть зонд теплой кипяченой водой в количестве 30–50 мл. по окончании введения питательных смесей	Обеспечение инфекционной безопасности
12. Пережать зонд зажимом, отсоединить шприц, закрыть зонд заглушкой	Предотвращение вытекания желудочного содержимого
13. Вымыть кожу вокруг гастростомы с мылом и промокнуть салфеткой насухо	Обеспечение инфекционной безопасности
14. Провести осмотр кожи в области стомы и самой гастростомы на предмет выявления отека или появления свища и других изменений	Предотвращение осложнений
15. Наложить слой мази, пасты или защитного геля для кожи по назначению врача	Предотвращение осложнений
16. Наложить стерильную салфетку или одноразовую запатентованную липкую повязку — наклейку вокруг гастростомической трубки	Предотвращение осложнений
17. Прижать повязку-наклейку, не допуская образования складок вокруг гастростомы	Предотвращение осложнений
18. Закрепить наружную часть гастростомической трубки (зонда) поверх повязки. Помочь пациенту занять удобное положение. Удостовериться, что он чувствует себя нормально	Обеспечение физического и психологического комфорта
б) Кормление через баллонную гастростому	Обеспечение комфортного положения при процедуре
19. Положить полотенце или впитывающую пеленку на эпигастральную область, под наружную часть гастростомической трубки	Обеспечение комфортного положения при процедуре
20. Положить полотенце или впитывающую пеленку на эпигастральную область, под наружную часть гастростомической трубки	Обеспечение комфортного положения при процедуре
21. Провести визуальный осмотр гастростомической трубки, убедиться в отсутствии осложнений	Обеспечение инфекционной безопасности
22. Повернуть гастростомическую трубку на 360° вокруг своей оси (поворот зонда следует проводить перед каждым кормлением)	Профилактика осложнений
23. Промыть кожу вокруг стомы кипяченой водой и мягкой салфеткой, высушить полотенцем	Профилактика осложнений

Окончание табл. 49

24. Обработать все части гастростомической трубки антисептическим раствором. Дождаться высыхания	Обеспечение инфекционной безопасности
25. Набрать в шприц 10 мл теплой кипяченой воды	Обеспечение качества проведения процедуры
26. Открыть заглушку гастростомической трубки, подсоединить катетер (удлинительный набор) для введения жидкости и пищи	Обеспечение качества проведения процедуры
27. Присоединить шприц и промыть катетер (10 мл. теплой кипяченой воды), убедиться в проходимости стомы	Профилактика осложнений
28. Присоединить к катетеру мешок с питательной смесью или набрать в шприц Желе (при болюсном введении) жидкую пищу, присоединить к катетеру и начать кормление. (Вводить жидкую пищу медленно небольшими порциями до нужного объема)	Обеспечение качества проведения процедуры
29. Промыть удлинительный катетер теплой кипяченой водой из шприца по окончанию кормления	Профилактика осложнений
30. Отсоединить удлинительный катетер, закрыть крышку гастростомы	Обеспечение качества проведения процедуры
31. Убедиться, что кожа вокруг стомы сухая и чистая (При наличии влаги участок кожи просушить чистой салфеткой или полотенцем)	Профилактика осложнений
32. Спросить пациента о самочувствии, рекомендовать находиться в постели не менее часа	Обеспечение психологического комфорта
III. Окончание процедуры кормления:	
33. Осмотреть постельное белье на предмет замены в случае необходимости. Убрать полотенце в мешок для использованного белья	Обеспечение психологического комфорта
34. Поместить использованный инвентарий в емкость для дезинфекции. 35. Снять перчатки и положить в емкость для дезинфекции. Обработать руки	Обеспечение инфекционной безопасности
36. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента в документации	Обеспечение преемственности сестринского ухода

**Алгоритмы манипуляций к главе 4.11 Технологии
медицинского и социального ухода. Наблюдение и уход
при патологии органов дыхания**

Таблица 50

Алгоритм определения частоты дыхательных движений

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: часы или секундомер, температурный лист, ручка, бумага	
Подготовка к процедуре: 1. Предупредить пациента, что будет проведено исследование пульса и получить согласие пациента на проведение исследования	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Попросить пациента сесть или лечь, чтобы видеть верхнюю часть его грудной клетки и/или живота	Обеспечение качественного выполнения процедуры
3. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
Выполнение процедуры: 4. Взять пациента за руку так, как для исследования пульса, держать руку пациента за запястье, положить руки (свою и пациента) на грудную клетку (у женщин) или на эпигастральную область (у мужчин), имитируя исследование чпульса и считать дыхательные движения за 60 секунд	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5. Помочь пациенту принять удобное для него положение	Обеспечение физического комфорта пациента
Окончание процедуры: 6. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
7. Записать результат в лист сестринской оценки или температурный лист	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 51

Алгоритм обучения по применению карманного ингалятора через рот

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: 2 карманных ингалятора — один использованный, второй с лекарственным веществом, раствор 2% натрия гидрокарбоната, памятка-инструкция	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Подготовить 2 ингалятора, убедиться в соответствии лекарственного средства назначенного врачом, проверить срок годности	Обеспечение качественного выполнения процедур
3. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
II. Выполнение процедуры: 4. Продемонстрировать пациенту последовательность выполнения процедуры, используя ингаляционный баллончик без лекарственного препарата	Обеспечение качественного выполнения процедур
5. Усадить пациента (если состояние пациента позволяет, лучше выполнять процедуру стоя, т.к. дыхательная экскурсия при этом эффективнее)	Обеспечение физического комфорта пациента
6. Снять с использованного ингалятора защитный колпачок	Обеспечение качественного выполнения процедур
7. Перевернуть баллончик с аэрозолем вверх дном и встряхнуть его	Обеспечение качественного выполнения процедур
8. Попросить пациента сделать выдох через рот	Обеспечение качественного выполнения процедур
9. Попросить пациента слегка запрокинуть голову назад. Вставить мундштук ингалятора пациенту в рот. Попросить пациента плотно обхватить мундштук губами	Обеспечение качественного выполнения процедур
10. Попросить пациента сделать глубокий вдох через рот, одновременно нажимая на дно баллончика, и задержать дыхание на 5–10 секунд	Обеспечение качественного выполнения процедур
11. Извлечь мундштук ингалятора из полости рта и порекомендовать ему задержать дыхание на 5–10 секунд	Обеспечение качественного выполнения процедур

Окончание табл. 51

12. Попросить пациента сделать спокойный выдох. Перевернуть баллончик и закрыть его защитным колпачком	Обеспечение качественного выполнения процедур
13. Проконтролировать выполнение процедуры пациентом по введению лекарственного средства с действующим ингалятором	Обеспечение качественного выполнения процедур
14. Дать прополоскать полость рта 2% раствором натрия гидрокарбоната	Обеспечение качественного выполнения процедур
III. Окончание процедуры:	
15. Спросить пациента о его самочувствии, удобно усадить и/или уложить	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
16. Обеспечить пациента памяткой — инструкцией по использованию ингалятора	Обеспечение качественного выполнения процедур
17. Провести дезинфекцию мундштука использованного ингалятора	Обеспечение инфекционной безопасности
18. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
19. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в медицинской документации	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 52

Алгоритм проведения оксигенотерапии с помощью носовой канюли

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение Носовая канюля. Аппарат Боброва. Вазелиновое масло. Ватные турунды для обработки носовой полости. Емкости для отходов. Емкость для дезинфекции и утилизации. Перчатки	
I. Подготовка к процедуре:	
1. Идентифицировать пациента, представить, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
Вымыть и осушить руки, одеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
II. Выполнение процедуры:	
Очистить носовые ходы	Обеспечение качественного выполнения процедур
4. Вставить кончики канюли в ноздри пациента и с помощью фиксатора зафиксировать канюлю так, чтобы она не причиняла пациенту неудобств	Обеспечение качественного выполнения процедур

Окончание табл. 52

5. Прикрепить канюлю к источнику увлажненного кислорода с заданной концентрацией и скоростью подачи кислорода	Обеспечение качественного выполнения процедур
6. Проверять состояние канюли и скорость потока кислорода	Обеспечение качественного выполнения процедур
7. Наблюдать за тем, чтобы увлажняющий сосуд был постоянно полон	Обеспечение качественного выполнения процедур
III. Окончание процедуры: 8. Спросить пациента о самочувствии. После прекращения процедуры осматривать слизистую носа и ушные раковины пациента для выявления возможных раздражений слизистой и кожи	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
9. Провести дезинфекцию и /или утилизацию оснащения и инструментария	Обеспечение инфекционной безопасности
10. Снять перчатки, сбросить их на утилизацию. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
11. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на неё пациента в карте стационарного больного	Обеспечение преемственности ухода

**Алгоритмы манипуляций и документация к главе
4.12 Технологии медицинского и социального ухода.
Наблюдение и уход при нарушении деятельности
желудочно-кишечного тракта**

Таблица 53

Алгоритм ухода при рвоте (пациент в сознании)

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: емкость для сбора рвотных масс (лоток, таз), перчатки, 2% раствор натрия гидрокарбоната, фартуки 2 шт., полотенце, салфетки, емкости для дезинфекции и для отходов класса А и Б	
Подготовка к процедуре 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Усадить пациента. Поставить к ногам пациента таз. Дать пациенту полотенце	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 53

3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить их. Надеть фартук на себя и пациента. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности. Обеспечение физического комфорта пациента
II. Выполнение процедуры 4. Стоя сбоку и немного сзади от пациента, придерживать его голову, положив ладонь на лоб	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5. Дать пациенту после рвоты прополоскать рот антисептическим раствором, обтереть лицо пациента салфеткой	Обеспечение физического комфорта пациента при проведении процедуры
6. Осмотреть рвотные массы, сообщить врачу (по показаниям врача взять рвотные массы на анализ в емкость с крышкой)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Снять с пациента фартук, сбросить его в емкость для отходов класса Б	Обеспечение инфекционной безопасности
8. Уложить пациента в удобное положение. Спросить его о самочувствии	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
III. Окончание процедуры 8. Провести дезинфекцию рвотных масс, затем вылить в унитаз	Обеспечение инфекционной безопасности.
9. Использованные материалы оборудование подвергнуть дезинфекции	Обеспечение инфекционной безопасности
10. Снять перчатки и фартук, поместить их в емкость для отходов класса Б. Обработать руки гигиеническим способом, осушить их	Обеспечение инфекционной безопасности
11. Сделать запись о наличии рвоты в лист оценки состояния пациента	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 54

Алгоритм ухода при рвоте (пациент без сознания)

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: емкость для сбора рвотных масс (лоток), перчатки, 2% раствор натрия гидрокарбоната, фартук, полотенце, салфетки, электроотсос или грушевидный баллон, емкости для дезинфекции и для отходов класса А и Б	
Подготовка к процедуре 1. Уложить пациента на бок, убрать подушку, снять зубные протезы, если они есть	Обеспечение безопасности пациента (профилактика аспирации рвотными массами)

Окончание табл. 54

2. Срочно вызвать врача	Обеспечение безопасности пациента
3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить их. Надеть на себя фартук. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
4. Прикрыть грудь пациента пеленкой или полотенцем. Поставить ко рту пациента почкообразный лоток	Обеспечение качественного выполнения процедуры
II. Выполнение процедуры	Обеспечение безопасности пациента
5. Стоя сбоку от пациента, придерживать его голову, положив ладонь на лоб	
6. После рвоты отсосать электроотсосом или грушевидным баллоном из полости рта и полости носа пациента рвотные массы. Осуществить уход за полостью рта после каждого акта рвоты, обтереть лицо пациента салфеткой	Обеспечение безопасности пациента. Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Осмотреть рвотные массы, сообщить врачу (по показаниям врача взять рвотные массы на анализ в емкость с крышкой)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Оставить пациента в положении на боку, подложить под лицо пациента полотенце	Обеспечение безопасности пациента
III. Окончание процедуры	Обеспечение инфекционной безопасности
9. Провести дезинфекцию рвотных масс, затем вылить в унитаз	
10. Использованные материалы и оборудование подвергнуть дезинфекции и/или утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
11. Снять перчатки и фартук, поместить их в емкость для отходов класса Б. Обработать руки гигиеническим способом, осушить их	Обеспечение инфекционной безопасности
12. Сделать запись о наличии рвоты в лист оценки состояния пациента	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 55

Алгоритм постановки очистительной клизмы

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: кружка Эсмарха, соединительная трубка, зажим, ректальный наконечник стерильный, водный термометр, судно (при необходимости), вазелин, перчатки нестерильные, фартук клеенчатый, клеенка, штатив, таз, пеленка, емкость для утилизации и дезинфекции, шпатель, ширма (при необходимости)	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента. Обеспечение качественного выполнения процедуры
2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть фартук и перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Собрать систему, подсоединить к ней наконечник, закрыть систему зажимом	Обеспечение качественного выполнения процедуры
4. Налить в кружку Эсмарха рекомендуемый объем воды определенной температуры	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5. Подвесить кружку Эсмарха на подставку высотой 75–100 см, открыть вентиль, слить немного воды через наконечник, вентиль закрыть	Обеспечение качественного выполнения процедуры
6. Смазать наконечник вазелином	Обеспечение качественного выполнения процедуры
II. Проведение процедуры: 7. Уложить пациента на левый бок на кушетку, покрытую клеенкой, свисающей в таз. Ноги пациента должны быть согнуты в коленях и слегка подведены к животу	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Выпустить воздух из системы	Обеспечение качественного выполнения процедуры
9. Развести одной рукой ягодицы пациента	Обеспечение качественного выполнения процедуры
10. Ввести другой рукой наконечник в прямую кишку, проводя первые 3–4 см по направлению к пупку	Обеспечение качественного выполнения процедуры
11. Открыть вентиль (зажим) и отрегулировать поступление жидкости в кишечник	Обеспечение качественного выполнения процедуры
12. Попросить пациента расслабиться и медленно подышать животом	Обеспечение качественного выполнения процедуры
13. Закрыть вентиль после введения жидкости и осторожно извлеките наконечник	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 55

III. Окончание процедуры: 14. Предложить пациенту задержать воду в кишечнике на 5–10 мин	Обеспечение качественного выполнения процедуры
15. Проводить пациента в туалетную комнату	Обеспечение физического и психологического комфорта
16. Использованное оборудование и инструменты подвергнуть дезинфекции и/или утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
17. При необходимости подмыть пациента	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Обеспечение физического комфорта пациента
18. Снять перчатки, опустить их в емкость для утилизации. Обработать руки гигиеническим способом, осушить	Обеспечение инфекционной безопасности
19. Уточнить у пациента его самочувствие	Обеспечение психологического комфорта пациента
20. Сделать соответствующую запись о результатах процедуры в медицинскую	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 56

Пособие по удалению копролита

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: подкладное судно, глицерин или другое средство для смазки, растворимое в воде, перчатки нестерильные, ширма, клеенка, пленка, емкость с теплой водой, салфетки, полотенце, простыня	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. Предупредить, что проведение процедуры может вызвать определенный дискомфорт. Отгородить пациента ширмой	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента. Обеспечение качественного выполнения процедуры
2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Укрыть пациента таким образом, чтобы были открыты только ягодицы	Обеспечение физического и психологического комфорта
4. Положить пленку под ягодицы, а подкладное судно — рядом на кровать	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5. Надеть перчатки: одну на вспомогательную руку, две — на рабочую руку	Обеспечение инфекционной безопасности
6. Густо смазать два пальца рабочей руки в перчатке	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 56

II. Проведение процедуры: 7. Аккуратно развести в стороны ягодицы пациента при помощи вспомогательной руки	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Попросить пациента медленно и глубоко дышать через рот	Обеспечение качественного выполнения процедуры
9. Ввести указательный палец в прямую кишку (по направлению к пупку) до тех пор, пока не прощупаются фекальные массы	Обеспечение качественного выполнения процедуры
10. Аккуратно извлечь затвердевший стул, разделив его на фрагменты, до полного удаления копролита; по мере удаления помещать копролит в подкладное судно	Обеспечение качественного выполнения процедуры
11. По мере удаления копролита необходимо следить за реакцией пациента; при подозрении на возникновение отрицательных реакций или неестественного дискомфорта процедуру удаления копролита прекратить	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Обеспечение физического и психологического комфорта
III. Окончание процедуры: 12. Извлечь палец, снять верхние перчатки, вытереть излишки смазки из области промежности салфеткой, затем отпустить ягодицы, укрыть пациента простыней	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Обеспечение инфекционной безопасности
13. Опорожнить подкладное судно, поместить перчатки в емкость для дезинфекции. Вымыть руки с использованием мыла или антисептика	Обеспечение инфекционной безопасности
14. Надеть новую пару перчаток	Обеспечение инфекционной безопасности
15. Подмыть пациента	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Обеспечение физического комфорта пациента
16. Помочь пациенту удобно лечь	Обеспечение психологического и физического комфорта пациента
17. Положить подкладное судно в пределах досягаемости	Обеспечение качественного выполнения процедуры
18. Использованное оборудование и инструменты подвергнуть дезинфекции и/или утилизации. Снять перчатки и поместить их в емкость для утилизации. Обработать руки гигиеническим способом, осушить	Обеспечение инфекционной безопасности
19. Уточнить у пациента его самочувствие	Обеспечение психологического комфорта пациента
20. Сделать соответствующую запись о результатах процедуры в медицинскую	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 57

Постановка газоотводной трубки

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: стерильная газоотводная трубка. Вазелин. Шпатель. Впитывающая пеленка. Судно. Перчатки. Ширма (если процедура выполняется в палате). Туалетная бумага. Емкость для утилизации и дезинфекции	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представить, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. Предупредить, что проведение процедуры может вызвать определенный дискомфорт	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента. Обеспечение качественного выполнения процедуры
2. Поставить ширму, подстелить под пациента впитывающую пеленку	Обеспечение психологического и физического комфорта пациента
3. Вымыть руки одеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
II. Выполнение процедуры: 4. Помочь пациенту лечь на левый бок. Ноги пациента должны быть согнуты в коленях и слегка приведены к животу	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5. Смазать газоотводную трубку вазелином и ввести ее в прямую кишку на 20–30 см. Первые 3–4 см по направлению к пупку, а остальные параллельно позвоночнику	Обеспечение качественного выполнения процедуры
6. Опустить наружный конец газоотводной трубки в подкладное судно или мочеприемник, заполненные на 1/3 водой, что обеспечит наблюдение за выделениями из кишечника	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Накрыть пациента простыней или одеялом	Обеспечение психологического и физического комфорта пациента
8. Извлечь газоотводную трубку по достижении эффекта (держат не более 1 часа)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
9. Обтереть заднепроходное отверстие салфеткой	Обеспечение качественного выполнения процедуры
III. Окончание процедуры: 10. Убрать впитывающую пеленку, поместить в емкость для утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
11. Укрыть пациента одеялом, помочь ему занять удобное положение. Спросить о самочувствии. Убрать ширму	Обеспечение психологического и физического комфорта пациента

Окончание табл. 57

12. Использованное оборудование и инструменты подвергнуть дезинфекции и/или утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
13. Снять перчатки и поместить их в емкость для утилизации. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
14. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 58

Алгоритм постановки масляной клизмы

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: грушевидный баллон или шприц Жане. Стерильная газоотводная трубка. Шпатель. Вазелин. Масло (вазелиновое, растительное) от 100—200 мл (по назначению врача). Перчатки. Туалетная бумага. Впитывающая пелёнка. Ширма (если процедура выполняется в палате). Лоток. Ёмкость для подогрева масла с водой $T = 60^{\circ}\text{C}$. Термометр (водный). Мерный стакан. Емкость для утилизации и дезинфекции	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. Предупредить, что проведение процедуры может вызвать определенный дискомфорт	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента. Обеспечение качественного выполнения процедуры
2. Поставить ширму, подстелить под пациента впитывающую пеленку	Обеспечение психологического и физического комфорта пациента
3. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
4. Подогреть масло до 38°C на водяной бане, проверить температуру масла	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5. Набрать в грушевидный баллон или в шприц Жане тепловое масло	Обеспечение качественного выполнения процедуры
II. Выполнение процедуры: 6. Помочь пациенту лечь на левый бок. Ноги пациента должны быть согнуты в коленях и слегка приведены к животу	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Смазать газоотводную трубку вазелином и ввести ее в прямую кишку на 20 см	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Спустить воздух из грушевидного баллона или шприца Жане	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 58

9. Присоединить к газоотводной трубке грушевидный баллон или шприц Жане и медленно ввести масло	Обеспечение качественного выполнения процедуры
10. Не разжимая грушевидного баллона отсоединить его (шприц Жане) от газоотводной трубки	Обеспечение качественного выполнения процедуры
11. Извлечь газоотводную трубку и поместить её вместе с грушевидным баллоном или шприцом Жане в лоток	Обеспечение качественного выполнения процедуры
12. В том случае, если пациент беспомощен, вытереть туалетной бумагой кожу в области анального отверстия и объяснить, что эффект наступит через 6–10 часов	Обеспечение качественного выполнения процедуры
III. Окончание процедуры: 13. Убрать впитывающую пеленку, поместить в емкость для утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
14. Укрыть пациента одеялом, помочь ему занять удобное положение. Убрать ширму	Обеспечение психологического и физического комфорта пациента
15. Использованное оборудование и инструменты подвергнуть дезинфекции и/или утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
16. Снять перчатки и поместить их в емкость для утилизации. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
17. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности ухода
18. Провести оценку эффективности процедуры через 6–10 часов	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Таблица 59

Алгоритм постановки гипертонической клизмы

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: грушевидный баллон или шприц Жане. Стерильная газоотводная трубка. Шпатель. Вазелин. 10% раствор натрия хлорида или 25% сульфата магния. Перчатки. Туалетная бумага. Впитывающая пелёнка. Ширма (если процедура выполняется в палате). Емкость для подогрева масла с водой $T = 60^{\circ}\text{C}$. Лоток. Термометр (водный). Мерный стакан. Емкость для утилизации и дезинфекции	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. Предупредить, что проведение процедуры может вызвать определенный дискомфорт	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента. Обеспечение качественного выполнения процедуры
2. Перед постановкой гипертонической клизмы предупредить, что при проведении манипуляции по ходу кишечника возможны боли	Обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры
3. Постелить на кушетку впитывающую пеленку	Обеспечение физического комфорта пациента
4. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
5. Подогреть 10% раствор натрия хлорида или 25% сульфата магния до 38°C на водяной бане, проверить температуру раствора	Обеспечение качественного выполнения процедуры
6. Набрать в грушевидный баллон или в шприц Жане гипертонический раствор	Обеспечение качественного выполнения процедуры
II. Выполнение процедуры: 7. Помочь пациенту лечь на левый бок. Ноги пациента должны быть согнуты в коленях и слегка приведены к животу	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Смазать газоотводную трубку вазелином и ввести ее в прямую кишку на 20 см	Обеспечение качественного выполнения процедуры
9. Спустить воздух из грушевидного баллона или шприца Жане	Обеспечение качественного выполнения процедуры
10. Присоединить к газоотводной трубке грушевидный баллон или шприц Жане и медленно ввести лекарственное средство	Обеспечение качественного выполнения процедуры
11. Не разжимая грушевидного баллона отсоединить его или шприц Жане от газоотводной трубки	Обеспечение качественного выполнения процедуры
12. Извлечь газоотводную трубку и поместить её вместе с грушевидным баллоном или шприцом Жане в лоток	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 59

13. Предупредить пациента, что наступление эффекта гипертонической клизмы наступает через 30 минут	Обеспечение психологического комфорта пациента при проведении процедуры
III. Окончание процедуры: 14. Убрать впитывающую пеленку, поместить в емкость для утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
15. Использованное оборудование и инструменты подвергнуть дезинфекции и/или утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
16. Снять перчатки и поместить их в емкость для утилизации. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
17. Помочь пациенту дойти до туалета	Обеспечение качественного выполнения процедуры
18. Убедиться, что процедура прошла эффективно	Обеспечение качественного выполнения процедуры
19. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 60

Алгоритм постановки лекарственной клизмы

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: грушевидный баллон или шприц Жане. Стерильная газоотводная трубка. Шпатель. Вазелин. Лекарственное средство 50–100 мл (отвар ромашки). Перчатки. Туалетная бумага. Впитывающая пелёнка. Ширма (если процедура выполняется в палате). Ёмкость для подогрева лекарственного средства с водой $T = 60^{\circ}\text{C}$. Емкость для утилизации и дезинфекции. Термометр (водный). Лоток. Мерный стакан	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. Предупредить, что проведение процедуры может вызвать определенный дискомфорт	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента. Обеспечение качественного выполнения процедуры
2. Сделать пациенту очистительную клизму за 20–30 минут до постановки лекарственной клизмы	Обеспечение качественного выполнения процедуры
3. Поставить ширму, постелить впитывающую пеленку	Обеспечение психологического и физического комфорта пациента при проведении процедуры
4. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности

Окончание табл. 60

II. Выполнение процедуры: 5. Подогреть лекарственное средство до 38 °С на водяной бане, проверить температуру водным термометром	Обеспечение качественного выполнения процедуры
6. Набрать в грушевидный баллон или в шприц Жане отвар ромашки	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Помочь пациенту лечь на левый бок. Ноги пациента должны быть согнуты в коленях и слегка приведены к животу	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Смазать газоотводную трубку вазелином и ввести ее в прямую кишку на 20 см	Обеспечение качественного выполнения процедуры
9. Спустить воздух из грушевидного баллона или шприца Жане. Присоединить к газоотводной трубке и медленно ввести лекарственное средство	Обеспечение качественного выполнения процедуры
10. Не разжимая грушевидного баллона отсоединить его или шприц Жане от газоотводной трубки	Обеспечение качественного выполнения процедуры
11. Извлечь газоотводную трубку и поместить её вместе с грушевидным баллоном или шприцом Жане в лоток	Обеспечение качественного выполнения процедуры
12. В том случае, если пациент беспомощен, вытереть туалетной бумагой кожу в области анального отверстия	Обеспечение качественного выполнения процедуры
13. Объяснить, что после манипуляции необходимо провести в постели не менее 1 часа	Обеспечение качественного выполнения процедуры
III. Окончание процедуры: 14. Убрать впитывающую пеленку, поместить в емкость для утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
15. Укрыть пациента одеялом, помочь ему занять удобное положение. Убрать ширму	Обеспечение психологического и физического комфорта пациента при проведении процедуры
16. Использованное оборудование и инструменты подвергнуть дезинфекции и/или утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
17. Снять перчатки и поместить их в емкость для утилизации. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
18. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности ухода
19. Через час спросить пациента, как он себя чувствует	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Таблица 61

Алгоритм проведения сифонного промывания кишечника

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: стерильная система из 2-х толстых желудочных зондов соединённых прозрачной трубкой. Стерильная воронка 0,5–1 литр. Перчатки. Емкость для взятия промывных вод на исследование. Ёмкость (ведро) с водой 10–12 литров (Т — 20–25*С). Ёмкость (таз) для слива промывных вод на 10–12 литров. Фартук. Впитывающая пеленка. Кружка или кувшин на 0,5–1 литр. Вазелин. Шпатель. Салфетки. Туалетная бумага. Емкость для утилизации и дезинфекции	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. Предупредить, что проведение процедуры может вызвать определенный дискомфорт	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента. Обеспечение качественного выполнения процедуры
2. Подготовить оснащение	Обеспечение качественного выполнения процедуры
3. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки, фартук	Обеспечение инфекционной безопасности
4. Постелить на кушетку впитывающую пеленку, углом вниз	Обеспечение физического комфорта пациента при проведении процедуры
5. Помочь пациенту лечь на левый бок. Ноги пациента должны быть согнуты в коленях и слегка приведены к животу	Обеспечение качественного выполнения процедуры
II. Выполнение процедуры: 6. Извлечь систему из упаковки. Смазать слепой конец зонда вазелином	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Раздвинуть ягодицы I и II пальцами левой руки, правой рукой вводить закругленный конец зонда в кишечник и продвигать его на глубину 30–40 см: первые 3–4 см — по направлению к пупку, далее — параллельно позвоночнику	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Присоединить к свободному концу зонда воронку. Держать воронку слегка наклонно, на уровне ягодиц пациента. Налить в нее из кувшина по боковой стенке 1 л воды	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 61

9. Предложить пациенту глубоко дышать. Поднимать воронку на высоту 1 м. Как только вода достигнет устья воронки, опустить ее над тазом для промывных вод, ниже уровня ягодиц пациента, не выливая из нее воду до тех пор, пока воронка не будет заполнена полностью	Обеспечение качественно-го выполнения процедуры
10. Слить воду в приготовленную емкость (таз для промывных вод). <u>Примечание:</u> первые промывные собрать в емкость для исследования	Обеспечение качественно-го выполнения процедуры
11. Заполнить воронку следующей порцией и поднять вверх на высоту 1 м. Как только уровень воды достигнет устья воронки, опустить ее вниз. Подождать, пока она наполнится промывными водами и слить их в таз. Повторить процедуру многократно до чистых промывных вод, используя все 10 л воды	Обеспечение качественно-го выполнения процедуры
12. Отсоединить воронку от зонда по окончании процедуры, оставить зонд в кишечнике на 10 минут	Обеспечение качественно-го выполнения процедуры
13. Вывести зонд из кишечника медленными поступательными движениями, пропуская его через салфетку	Обеспечение качественно-го выполнения процедуры
14. Погрузить зонд и воронку в емкость с дезинфицирующим средством	Обеспечение инфекционной безопасности
15. Вытереть туалетной бумагой кожу в области анального отверстия (у женщин в направлении от гениталий) или подмыть пациента в случае беспомощности	Обеспечение качественно-го выполнения процедуры
III. Окончание процедуры: 16. Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально. Обеспечить безопасную транспортировку в палату	Обеспечение психологического и физического комфорта пациента при проведении процедуры
17. Вылить промывные воды в канализацию, при наличии показаний провести предварительную дезинфекцию	Обеспечение инфекционной безопасности
18. Использованное оборудование и инструменты подвергнуть дезинфекции и/или утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
19. Снять перчатки, поместить их в емкость для утилизации. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
20. Сделать отметку в медицинской карте пациента о проведенной процедуре и о реакции на неё	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 62

Алгоритм сифонного промывания желудка толстым желудочным зондом

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: стерильная система из 2-х толстых желудочных зондов соединённых прозрачной трубкой. Стерильная воронка 0,5–1 литр. Перчатки. Полотенце, салфетки средние. Фонендоскоп. Ёмкость для анализа промывных вод. Ёмкость с водой 10 литров (Т — 20–25*С). Ёмкость (таз) для слива промывных вод на 10–12 литров. Вазелиновое масло или глицерин. Два непромокаемых фартука и впитывающая пеленка, если промывание проводится лёжа. Кружка или кувшин на 0,5–1 литр. Роторасширитель (по необходимости). Языкодержатель (по необходимости). Ёмкость для утилизации и дезинфекции	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. Пояснить, что при введении зонда возможны тошнота и позывы на рвоту, которые можно подавить, если глубоко дышать. Измерить АД, подсчитать пульс, если состояние пациента позволяет это сделать	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента. Обеспечение качественного выполнения процедуры
2. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечение качественного выполнения процедуры
3. Надеть непромокаемый фартук на себя и пациента	Обеспечение инфекционной безопасности
4. Вымыть руки, одеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
II. Выполнение процедуры: 5. Помочь пациенту занять необходимое для процедуры положение: сидя, прижавшись к спинке сиденья и слегка наклонив голову вперед (или уложить на кушетку в положении на бок). Снять зубные протезы у пациента, если таковые имеются	Обеспечение качественного выполнения процедуры
6. Поставить таз к ногам пациента или к головному концу кушетки или кровати, если процедура выполняется в положении лежа	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Извлечь систему из упаковки, слепой конец смочить вазелином. Определить глубину, на которую должен быть введен зонд: рост минус 100 см или отмерить расстояние от нижних резцов до мочки уха и до мечевидного отростка. Поставить отметку на зонде	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Положить слепой конец зонда на корень языка и попросить пациента делать глотательные движения	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 62

9. Ввести зонд до нужной отметки. Оценить состояние пациента после проглатывания зонда (если пациент закашлялся, то зонд извлечь и введение зонда повторить после отдыха пациента)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
10. Убедиться, что зонд в желудке: набрать в шприц Жане воздух 50 мл и присоединить к зонду. Ввести воздух в желудок под контролем фонендоскопа (выслушиваются характерные звуки)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
11. Присоединить воронку к зонду и опустить ее ниже уровня желудка пациента. Целиком заполнить воронку водой, держа ее наклонно	Обеспечение качественного выполнения процедуры
12. Медленно поднять воронку вверх на 1 м и контролировать прохождение воды	Обеспечение качественного выполнения процедуры
13. Как только вода достигнет устья воронки, медленно опустить воронку до уровня колен пациента, слить промывные воды в таз для промывных вод. <u>Примечание:</u> первые промывные воды могут быть собраны в емкость для исследования	Обеспечение качественного выполнения процедуры
14. Повторить промывание несколько раз до появления чистых промывных вод, используя все количество воды, собирая промывные воды в таз. Следить, чтобы количество введенной порции жидкости соответствовало количеству выделенных промывных вод	Обеспечение качественного выполнения процедуры
III. Окончание процедуры: 15. Снять воронку, извлечь зонд, пропуская его через салфетку	Обеспечение качественного выполнения процедуры
16. . Использованное оборудование и инструменты подвергнуть дезинфекции и/или утилизации. Промывные воды слить в канализацию, в случае отравления предварительно подвергнуть их дезинфекции	Обеспечение инфекционной безопасности
17. Снять фартуки с себя и пациента, поместить их в емкость для утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
18. Снять перчатки, поместить их в емкость для утилизации. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
19. Дать пациенту возможность прополоскать рот и сопроводить (доставить) в палату. Тепло укрыть, наблюдать за состоянием	Обеспечение психологического и физического комфорта пациента при проведении процедуры
20. Сделать отметку о выполнении процедуры	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 63

Пособие по уходу за илеостомой

Алгоритм действия	Обоснование
Обснащение: калоприемник, спирт этиловый 70 %-ный, гель для кожи, барьерное средство для защиты кожи (например, салицилово-цинковая паста, паста Стомагезив), стерильные марлевые салфетки (ватные шарики), салфетки, полотенце или простыня, одноразовые полиэтиленовые пакеты, зажим для мешка, емкость для воды, пластырь, перчатки нестерильные, мешок для использованного белья, ведро	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента. Обеспечение качественного выполнения процедуры
2. Помочь пациенту занять высокое положение Фаулера или попросить его встать, обернуть его простыней или пелёнкой ниже стомы для ограничения манипуляционного поля	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть нестерильные перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
4. Подготовить все необходимое	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5. Приготовить чистый калоприемник: на бумаге, которая сверху покрывает нижнюю, прилипающую к коже сторону, начертить окружность диаметром на 2–3 мм шире, чем стома; на неё положить клеящее вещество или липкий двусторонний диск, соответствующий типу калоприемника	Обеспечение качественного выполнения процедуры
6. Подготовить защитное приспособление для кожи, с отверстием строго соответствующим по диаметру отверстию стомы	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Профилактика осложнений
II. Проведение процедуры: 7. Отсоединить и осторожно удалить старый калоприемник в полиэтиленовый пакет или ведро	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Вымыть кожу пациента водой с мягким (жидким) мылом, высушить марлевой салфеткой	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 63

9. Проверить состояние кожи, её цвет в области стомы и саму стому на предмет выявления отёка или изъязвления	Обеспечение качественного выполнения процедуры
10. Наложить окклюзионное защитное приспособление для кожи, если оно не применяется, обработать кожу защитным препаратом (например, паста Лассара, цинковая паста, стоматогезин). После его подсыхания повторите обработку	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Профилактика осложнений
11. Приложить и правильно центрировать чистый калоприемник прямо на кожу пациента или на адаптационное кольцо подальше от свежих разрезов в коже	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Профилактика осложнений
12. Прижать липучку вокруг стомы, не допуская образования складок, через которые будут просачиваться выделения из стомы	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Профилактика пролежней
13. Аккуратно расправить нижние края калоприемника, а на конце закрепите зажим	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Профилактика осложнений
III. Окончание процедуры: 14. При необходимости использовать гипоаллергенный липкий пластырь, чтобы прикрепить края калоприемника к кожному барьерному приспособлению. Присоединить пояс к кромке калоприемника	Обеспечение качественного выполнения процедуры
15. Поместить старый калоприемник в пакет, снять пеленку, поместить ее в пакет	Обеспечение инфекционной безопасности
16. Использованное оборудование и инструменты подвергнуть дезинфекции и/или утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
17. Снять перчатки и поместить их в емкость для утилизации. Обработать руки гигиеническим способом, осушить	Обеспечение инфекционной безопасности
18. Уточнить у пациента его самочувствие (если он в сознании)	Обеспечение психологического комфорта пациента
19. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 64

Пособие по уходу за колостомой

Алгоритм действия	Обоснование
Оснащение: калоприемник, антисептик для обработки поля вокруг стомы, вазелиновое масло, барьерное средство для защиты кожи (например, салицилово-цинковая паста, паста Стомагезив), стерильные марлевые салфетки (ватные шарики), салфетки, очищающие салфетки (запатентованные для интимного применения или гигиенические), пластиковые пакеты для использованных материалов и калоприемника, клеенчатый мешок для белья, полотенце, простыня, дезодорант для мешка стомы, туалетная бумага, одноразовые полиэтиленовые пакеты, трафарет и ножницы, измеритель со стандартными отверстиями, карандаш или ручка, зажим для мешка, емкость для воды, нестерильные перчатки, ширма	
I. Подготовка к процедуре: 1. Уточнить у лечащего врача вид оборудования и необходимость изменения плана ухода за стомой	Обеспечение качественного выполнения процедуры
2. Объяснить пациенту цель и ход процедуры, получить его согласие	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента. Обеспечение качественного выполнения процедуры
3. Обеспечить возможность для соблюдения конфиденциальности — поставить ширму, помочь пациенту занять положение лежа	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
4. Подготовить необходимое оснащение и оборудование	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
6. Обернуть пациента простыней или пелёнкой ниже стомы для ограничения манипуляционного поля. Расположить зеркало нужным образом, чтобы создать видимость для пациента	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
7. Приготовить чистый калоприемник: на верхней стороне бумаги, которая прилипает к коже, начертить окружность диаметром на 3–4 мм шире, чем стома (размер стомы 2,5–3,5 см)	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Продолжение табл. 64

8. Использовать специальный шаблон со стандартными отверстиями, для подбора к размерам стомы. Наложить шаблон с вырезанным отверстием на защитное бумажное покрытие клеевого слоя калоприемника и, если оно не совпадает ни с одной из нанесенных линий, обвести карандашом или ручкой контур вырезанного отверстия. Вырезать отверстие в клеевом слое по нанесенному контуру, следя за тем, чтобы не прорезать калоприемник насквозь. При этом удобно пользоваться зеркалом. При стоме неправильной формы отверстие можно моделировать ножницами (удобно применять ножницы тупоконечные вертикально-изогнутые для избежания повреждения мешка)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
II. Проведение процедуры: 9. Отсоединить и осторожно удалить старый калоприемник (сам мешочек и кожный барьер), одноразовый мешок сбросить в полиэтиленовый пакет для мусора, оставить закрывающее устройство для повторного использования. При повторном использовании калоприемника опорожнить мешочек в судно, предварительно пережать нижнюю часть мешочка зажимом, и измерить объем масс. Обмыть зажим и вытереть его туалетной бумагой. Нанести дезодорирующее средство на нижнюю часть мешочка. Снять калоприемник, начиная с верхнего края	Обеспечение качественного выполнения процедуры
10. Вымыть кожу пациента водой с мягким (жидким) мылом, высушить марлевой салфеткой	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Профилактика осложнений
11. Проверить состояние кожи, ее цвет в области стомы и саму стому на наличие отека или других изменений (мацерации)	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Профилактика осложнений
12. Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции. Обработать руки антисептиком и надеть новые перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
13. Обработать кожу (при нарушении её целостности) защитным препаратом (цинковая мазь, стомагезин, паста Лассара или другим средством, применяемым в учреждении)	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Профилактика осложнений

Окончание табл. 64

14. Снять защитное бумажное покрытие с нанесенной разметкой и, не торопясь, совместить нижний край вырезанного отверстия с нижней границей стомы	Обеспечение качественного выполнения процедуры
15. Приложить и правильно центрировать чистый калоприемник прямо на кожу пациента или на кольцо калоприемника (при использовании многоразового) подальше от свежих разрезов в коже	Обеспечение качественного выполнения процедуры
16. Приклеить, начиная с нижнего края пластины, калоприемник к коже в течение 1–2 мин, прижимая рукой край отверстия, прилежащий к стоме, не допуская образования складок, через которые будут просачиваться выделения из стомы	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Профилактика осложнений
17. Аккуратно расправить нижние края калоприемника (при применении многоразового)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
18. При использовании многоразового калоприемника, прикрепить края калоприемника к кожному барьерному приспособлению пластырем. Присоединить пояс к кромке калоприемника	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Профилактика осложнений
III. Окончание процедуры: 19. Использованное оборудование и инструменты подвергнуть дезинфекции и/или утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
20. Снять перчатки и поместить их в емкость для утилизации. Обработать руки гигиеническим способом, осушить	Обеспечение инфекционной безопасности
21. Уточнить у пациента его самочувствие (если он в сознании)	Обеспечение психологического комфорта пациента
22. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 65

Основные правила питания при наличии колостомы

Основные правила питания при наличии колостомы	<p>1. Не следует резко ограничивать пациента в приеме пищи и жидкости. Блюда, которые пациентом хорошо переваривались до наложения ему колостомы, хорошо перевариваются также после него. Значительное ограничение приема пищи из-за страха перед дефекацией, приводит к нежелательному снижению веса и, более того, к вызванному небольшим приемом пищи, запору.</p> <p>2. Пищу необходимо принимать регулярно. Дело в том, что кишечник даже не получая пищу, продолжает функционировать, и в нем, несмотря на голодание, образуются газы.</p> <p>3. Принимать достаточное количество жидкости, чтобы объем мочи составлял минимально 1 л в сутки, т. е. в сутки необходимо выпивать не меньше 1,5 литра жидкости. Прием жидкости не следует постоянно жестко ограничивать, так как при наложенной на нижний участок толстого кишечника колостоме, объем принятой жидкости обычно не влияет на плотность стула. Жидкость желательно принимать, прежде всего, в промежутке между приемом пищи и небольшими дозами.</p> <p>4. Пациент должен употреблять определенный ассортимент продуктов. Во время лечения больного в больнице, диету предписывает врач. После выписки из больницы, желательно начинать с диеты, вызывающей скорее запор. К ней относятся, например, не очень жирные сорта мяса (говядина, нежирная свинина, телятина, отварные куры и цыплята, нежирная ветчина, отварная рыба), яйца, картофельное пюре, продукты из теста (лапша, макароны и т. д.), творожные вареники, печенье, сухари, сладкие блюда из бисквитного или нежирного песочного теста, кексы, кремы-пудинги, сдобные булки и другие булочные изделия, кипяченое молоко, творог, плавленые сыры, сливочное масло, варенья, джемы, чай, какао. Из первых блюд — суп молочный, бульон мясной (в чистом виде или с лапшой, вермишелью и др., с блинчиками, с рисом или с протертыми сквозь сито отварными овощами). Отварные овощи, пропущенные через мясорубку (морковь); фрукты (бананы, абрикосы, тертые яблоки). Все эти продукты вызывают запор или, по крайней мере, не дают поводов на понос. Несколько позднее надо попробовать и в принципе вернуться к пище, принимаемой до операции. Следует, только, избегать блюд со слабительным действием, т.е. жирных блюд, ржаного хлеба, бобовых, белокочанной капусты, кудрявой (цветной) капусты, стручковой фасоли, шпината, огурцов, грибов, свежих фруктов, ароматических овощей (перца, редиски, лука, чеснока), острых приправ и специй, чернослива, инжира, свежего молока, пива и слишком холодных напитков, спиртных напитков, шипучих и игристых напитков. При наложении колостомы на поперечную ободочную кишку, содержимое кишечника обычно довольно жидкое и с помощью диеты не удается его сколько-нибудь сгустить</p>
---	--

Окончание табл. 65

	<p>5. Очень важно правильно распределить прием пищи в течение суток: обильную пищу следует принимать утром и, главным образом, в обед. Ужин должен быть намного менее обильным, причем ужинать надо задолго до сна. Перед продолжительным путешествием или пребыванием в общественных местах, по разным случаям, необходимо на время, примерно одних суток, ограничиться только приемом жидкости и принимать подавляющий перистальтику активированный уголь. Это относится, главным образом, к колостомическим поясам. При применении современных, хорошо уплотненных герметичных пакетов, такой необходимости нет, при условии, однако, что имеется возможность производить смену этих пакетов в пути или опорожнять их содержимое в унитаз.</p> <p>6. С целью профилактики вздутия живота следует исключить из пищи, в частности, бобовые, свежий хлеб, белокочанную капусту, цветную капусту, лук, пиво и все, содержащие углекислый газ напитки. Надо также помнить, что источником газообразования является и поглощенный воздух. Поэтому не следует говорить во время приема пищи, а также не рекомендуется курить. Причиной вздутия живота могут быть, конечно, наряду с пищей, также воспаление пищеварительного канала, заболевание печени и желчного пузыря, заболевания сердца, а также нервное напряжение, страх. По этой причине необходимо обратиться к врачу. Громкое отхождение газов можно, по крайней мере, частично, предупредить вставлением смоченной ваты в устье колостомы. Иногда, также, помогает следующий прием: в момент, когда больной чувствует, что газы вот-вот будут отходить, он слегка рукой нажимает на стому.</p> <p>7. Неприятный запах, исходящий от стомы, можно ограничить исключением из меню следующих блюд: помимо уже упоминавшегося лука, бобовых и капусты, еще яйца, рыба, грибы, чеснок, острые приправы и специи, а зачастую также некоторые витамины (в частности В). От зловония рекомендуется также кефир или брусничный сок — один стакан после каждого приема пищи. Из лекарств подходит активированный уголь (1–2 таблетки три раза в сутки). Пригодным и удобным приспособлением являются вмонтированные в пакет фильтры с активированным углем.</p> <p>8. Рекомендовать пациенту вести дневник, где необходимо фиксировать режим и качественные составляющие питания, реакции на определенные продукты</p>
--	--

Таблица 66

Основные правила питания при наличии илеостомы

Основные правила питания при наличии илеостомы	<ol style="list-style-type: none">1. С точки зрения калорийности и качества, диета должна быть питательной и вкусной. Прием белков должен быть достаточным, углеводы не ограничены, жиры принимаются в нормальном количестве или немного меньше. Необходимо исключить жирные, жареные, слишком сладкие блюда.2. Необходимо помнить о больших потерях воды и электролитов, поэтому положено принимать много жидкости3. Очень важно поступление витаминов (сок цитрусовых) и прочих минеральных веществ.4. В диете рекомендуется:<ol style="list-style-type: none">1) для сгущения содержимого кишечника ввести рис, чернику, тертые яблоки без кожуры, желе-кисели;2) при диарее исключить, в первую очередь, сливы, черешню, груши, инжир;3) для профилактики вздутия живота исключить из рациона белокочанную капусту, кудрявую (цветную) капусту, бобовые;4) избегать блюд, в которых содержатся компоненты, вызывающие колики, такие, как кожура помидоров, мякоть апельсинов, лимонов, грейпфрутов, а также кукурузы, орехов, огурцов
---	---

**Алгоритмы манипуляций к главе 4.13 Технологии
медицинского и социального ухода. Наблюдение и уход
при заболевании почек и мочевыводящих путей**

Таблица 67

Алгоритм ухода за постоянным мочевым катетером

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: шприц одноразовый на 10 мл, катетер мочевого одноразовые стерильные с дополнительным отведением для промывания мочевого пузыря, стерильный мочеприемник, стерильный раствор борной кислоты, мазь гентамициновая, барьерное средство для защиты кожи, перчатки нестерильные, адсорбирующая пеленка, стерильные ватные или марлевые шарики, стерильные марлевые салфетки, емкость для воды, лейкопластырь	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Обеспечить пациенту условия конфиденциальности	Обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Обеспечение качественного выполнения процедуры
3. Помочь пациенту занять положение на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами, предварительно положив под ягодицы пациента (пациентки) адсорбирующую пеленку	Обеспечение инфекционной безопасности
4. Опустить изголовье кровати до горизонтального уровня	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5. Вымыть руки, одеть перчатки	Обеспечение качественного выполнения процедуры
II. Проведение процедуры: 6. Вымыть промежность водой с жидким мылом и просушить полотенцем	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Вымыть марлевой салфеткой, а затем высушить проксимальный участок катетера на расстоянии 10 см	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Осмотреть область уретры вокруг катетера: убедиться, что моча не подтекает	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 67

9. Осмотреть кожу промежности идентифицируя признаки инфекции (гиперемия, отечность, мацерация кожи, гнойное отделяемое)	Обеспечение инфекционной безопасности
10. Убедиться, что трубка катетера приклеена пластырем к бедру и не натянута	Обеспечение качественного выполнения процедуры
11. Убедиться, что дренажный мешок прикреплен к кровати ниже ее плоскости	Обеспечение инфекционной безопасности
12. Снять с кровати пеленку и поместить ее в емкость для утилизации	
III. Окончание процедуры: 13. Подвергнуть дезинфекции и/или утилизации весь использованный материал и оборудование	Обеспечение инфекционной безопасности
14. Снять перчатки, поместить их в емкость для утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
15. Укрыть пациента одеялом, придать ему удобное положение	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
16. Обработать руки гигиеническим способом, осушить	Обеспечение инфекционной безопасности
17. Уточнить у пациента его самочувствие	Обеспечение психологического комфорта пациента
18. Сделать соответствующую запись о выполнении в медицинской документации	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 68

Алгоритм ухода за внешним мочевым катетером

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: катетер типа «кондом», нестерильные перчатки, емкость для сбора выделяемой мочи с канюлей, емкость для воды, застежка-«липучка» или резинка, марлевые салфетки, адсорбирующая пеленка	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Обеспечить пациенту условия конфиденциальности	Обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Обеспечение качественного выполнения процедуры
3. Помочь пациенту занять положение на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами, предварительно положив под ягодицы пациента (пациентки) адсорбирующую пеленку	Обеспечение качественного выполнения процедуры
4. Опустить изголовье кровати до горизонтального уровня	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5. Вымыть руки, одеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
II. Проведение процедуры: 6. Положить емкость для сбора выделяемой мочи на кровать так, чтобы канюля лежала на кровати, свисала петлей с матраса и прикреплялась к самой кровати	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Вымыть и осушить половой член пациента.	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Использованный материал поместить в емкость для утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
9. Взять половой член одной рукой, другой рукой надеть катетер типа «кондом» на половой член, раскатывая вверх и оставляя 2,5–5 см открытого пространства до дистального конца полового члена для прикрепления к системе дренирования	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 68

10. Придерживая катетер «кондом» одной рукой, надеть застежку — «липучку» или резинку на верхнюю часть резинового катетера, но не на сам половой член, так, чтобы она прилежала плотно, но не туго	Обеспечение качественного выполнения процедуры
11. Присоединить конец катетера к дренирующей трубке	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Обеспечение инфекционной безопасности
12. Расположить дренирующую трубку так, чтобы она была свободной, не натягивая ее	Обеспечение качественного выполнения процедуры
13. Проверять безопасность, надежность расположения катетера на половом члене; каждые 4 ч	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Обеспечение инфекционной безопасности
14. Снимать катетер типа «кондом» на полчаса во время ежедневной ванны или каждые 24 ч	Обеспечение качественного выполнения процедуры
III. Окончание процедуры:	
15. Удобно расположить пациента. Поднять боковые поручни	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
16. Использованное оборудование и инструменты подвергнуть дезинфекции и/или утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
17. Снять перчатки, поместить их в емкость для утилизировать	Обеспечение инфекционной безопасности
18. Обработать руки гигиеническим способом, осушить	Обеспечение инфекционной безопасности
19. Уточнить у пациента его самочувствие	Обеспечение психологического комфорта пациента
20. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 69

Алгоритм наблюдения водного баланса

Этапы алгоритма	
Оснащение: лист наблюдения, ручка, диуретическая ваза (градуированная емкость)	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Убедиться, что пациент сможет проводить учет жидкости	Обеспечение достоверности результатов учета
3. Приготовить все необходимое для проведения процедуры	Обеспечение качественного выполнения процедуры
4. Убедиться, что пациент не принимал диуретики в течение 3 дней до исследования	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5. Дать подробную информацию о порядке записей в листе учета водного баланса, убедиться в умении заполнять лист	Обеспечение качественного выполнения процедуры
II. Выполнение процедуры: 3. Объяснить пациенту правила наблюдения за водным балансом. а) объяснить проведение контроля поступления жидкости в организм в течение суток с записью в лист наблюдения: - введенная жидкость энтерально; - введенная жидкость парентерально; - употребляемая жидкость с овощами и фруктами (100%); б) объяснить пациенту проведение контроля за выведением жидкости из организма (суточного диуреза) в течение суток с записью в лист наблюдения (с 6 утра до 6 утра следующих суток); в) объяснить пациенту проведение оценки результатов наблюдения за водным балансом: - суточный диурез должен быть в норме 70–80% от введенной жидкости в организм; - количество выделенной мочи менее 70% — отрицательный диурез; - количество выделенной мочи более 80% — положительный диурез	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 69

4. Оказывать помощь пациенту при заполнении дневника наблюдения при приеме жидкости в течение суток	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5. Оказывать помощь и проводить контроль за выделением мочи в течение суток с занесением в дневник наблюдения	Обеспечение качественного выполнения процедуры
6. Провести подсчет показателей и анализ контроля за водным балансом. Расчет учета водного баланса определяется по формуле: количество выделенной мочи $\times 0,8$ (80%) = количеству мочи, которое должно выделиться в норме	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Считать водный баланс отрицательным, если выделяется меньше жидкости, чем рассчитано (в норме). Примечание: отеки нарастают (или есть)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Считать водный баланс положительным, если выделено больше жидкости, чем рассчитано. Примечание: это может быть результатом действия диуретических лекарственных мочегонных продуктов питания, влияния холодного времени года	Обеспечение качественного выполнения процедуры
Окончание процедуры: 9. Сообщить пациенту результат исследования	Обеспечение психологического комфорта пациента и соблюдение прав пациента
10. Записать результат в лист сестринской оценки или температурный лист	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 70

Алгоритм ухода за уростомой

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: шприц одноразовый на 10 мл, катетер мочевого одноразовые стерильные с дополнительным отведением для промывания мочевого пузыря, стерильный мочеприемник, стерильный раствор борной кислоты, мазь гентамициновая, барьерное средство для защиты кожи, перчатки нестерильные, адсорбирующая пеленка, стерильные ватные или марлевые шарики, стерильные марлевые салфетки, емкость для воды, лейкопластырь	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента

Окончание табл. 70

2. Обеспечить пациенту условия конфиденциальности	Обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Обеспечение качественного выполнения процедуры
3. Помочь пациенту занять положение на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами, предварительно положив под ягодицы пациента (пациентки) адсорбирующую пеленку	Обеспечение инфекционной безопасности
4. Опустить изголовье кровати до горизонтального уровня	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5. Вымыть руки, одеть перчатки	Обеспечение качественного выполнения процедуры
II. Проведение процедуры:	Обеспечение качественного выполнения процедуры
6. Вымыть промежность водой с жидким мылом и просушить полотенцем	
7. Вымыть марлевой салфеткой, а затем высушить проксимальный участок катетера на расстоянии 10 см	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Осмотреть область уретры вокруг катетера: убедиться, что моча не подтекает	Обеспечение качественного выполнения процедуры
9. Осмотреть кожу промежности идентифицируя признаки инфекции (гиперемия, отечность, мацерация кожи, гнойное отделяемое)	Обеспечение инфекционной безопасности
10. Убедиться, что трубка катетера приклеена пластырем к бедру и не натянута	Обеспечение качественного выполнения процедуры
11. Убедиться, что дренажный мешок прикреплен к кровати ниже ее плоскости	Обеспечение инфекционной безопасности
12. Снять с кровати пеленку и поместить ее в емкость для утилизации	
III. Окончание процедуры:	Обеспечение инфекционной безопасности
13. Использованное оборудование и инструменты подвергнуть дезинфекции и/или утилизации	
14. Снять перчатки, поместить их в емкость для утилизировать	Обеспечение инфекционной безопасности
15. Укрыть пациента одеялом, придать ему удобное положение	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
16. Обработать руки гигиеническим способом, осушить	Обеспечение инфекционной безопасности
17. Уточнить у пациента его самочувствие	Обеспечение психологического комфорта пациента
18. Сделать соответствующую запись о выполнении в медицинской документации	Обеспечение преемственности ухода

Алгоритмы манипуляций к главе 4.14 Технологии медицинского и социального ухода. Простейшие физиотерапевтические процедуры

Таблица 71

Алгоритм постановки пузыря со льдом

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: пузырь для льда, пленка или полотенце, кусочки льда, кувшин с водой $T = 14-16^{\circ}\text{C}$, термометр (водный)	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Положить в пузырь подготовленные в морозильной камере кусочки льда и залить их холодной водой ($T = 14-16^{\circ}\text{C}$)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
4. Положить пузырь на горизонтальную поверхность для вытеснения воздуха и завернуть крышку	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5. Перевернуть пузырь со льдом вниз крышкой, проверить герметичность и завернуть его в пеленку или полотенце	Обеспечение качественного выполнения процедуры
II. Выполнение процедуры: 6. Положить пузырь на нужный участок тела на 20–30 минут. Пузырь можно (по мере необходимости) держать длительное время, но через каждые 20 минут необходимо делать перерыв на 15–20 мин. Сливать воду по мере таяния льда и добавлять кусочки льда	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Снять пузырь со льдом	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Спросить пациента о самочувствии, придать удобное положение. Осмотреть кожу пациента, в области постановки пузыря со льдом	Обеспечение психического и физического комфорта пациента. Обеспечение качественного выполнения процедуры
III. Окончание процедуры: 9. Вылить воду из пузыря для льда. Прозинфицировать пузырь, затем обмыть его водой и высушить (хранить пузырь следует в сухом виде с открытой крышкой)	Обеспечение инфекционной безопасности
10. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
11. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на неё пациента в карте стационарного больного	Обеспечение преемственности при уходе

Таблица 72

Алгоритм постановки горчичников

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: горчичники, лоток с водой (40–45 °С), полотенце, марлевые салфетки, часы, лоток для отработанного материала, водный термометр, емкости для утилизации и дезинфекции	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Помочь пациенту занять удобное положение, лежа на спине или животе	Обеспечение физического комфорта пациента
3. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
4. Налить в лоток воду температурой 40–45*С	Обеспечение качественного выполнения процедуры
II. Выполнение процедуры: 5. Проверить срок годности горчичников	Обеспечение качественного выполнения процедуры
6. Осмотреть кожные покровы пациента на месте постановки горчичников. Уточнить, имеется ли аллергия на горчицу	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Погрузить поочередно горчичники в воду дать стечь лишней воде и положить на кожу пациента стороной, покрытой горчицей или пористой стороной	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Укрыть пациента полотенцем и одеялом	Обеспечение качественного выполнения процедуры
9. Через 5–10 минут снять горчичники, поместив их в лоток для отработанного материала	Обеспечение качественного выполнения процедуры
III. Окончание процедуры: 10. Протереть кожу пациента влажной теплой салфеткой и вытереть насухо полотенцем	Обеспечение качественного выполнения процедуры
11. Укрыть и уложить пациента в удобное положение, предупредить пациента, что он должен оставаться в постели не менее 20–30 минут	Обеспечение физического комфорта пациента. Обеспечение качественного выполнения процедуры
12. Использованное оборудование и инструменты подвергнуть дезинфекции и/или утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
13. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
14. Сделать запись о выполненной процедуре в медицинскую карту пациента	Обеспечение преемственности при уходе

Таблица 73

Алгоритм постановки медицинских банок

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: медицинские банки (10–20 шт., вазелин, полотенце, фитиль (корцанг с плотно накрученной ватой), часы, спирт этиловый 70 градусов, емкость с водой, спички, салфетки, емкости для утилизации и дезинфекции	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Приготовить все необходимое	Обеспечение инфекционной безопасности
4. Проверить целостность медицинских банок	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5. Уложить пациента в удобную позу на живот, голову повернуть набок, волосы укрыть полотенцем, руки пациента расположить по подушечке	Обеспечение физического комфорта пациента
6. Освободить необходимые участки кожи от одежды (при необходимости побрить волосы)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
II. Выполнение процедуры: 7. Нанести на освобожденный участок тела тонкий слой вазелина с помощью салфетки	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Смочить фитиль спиртом, излишки спирта отжать о край флакона	Обеспечение качественного выполнения процедуры
9. Поджечь фитиль	Обеспечение качественного выполнения процедуры
10. Взять в одну руку банку, в другую горящий фитиль. Внести его в банку, не касаясь ее краев дна, на 1–2 секунды	Обеспечение качественного выполнения процедуры
11. Извлечь фитиль из банки и быстро приложить ее плотно к коже	Обеспечение качественного выполнения процедуры
12. Аналогично поставить необходимое количество банок на расстоянии 1–2 см одна от другой. Проверить, как присосались банки к коже (провести по ним рукой)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
13. Укрыть пациента полотенцем и одеялом	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 73

14. Через 15 минут последовательно снять банки, придерживая кожу пальцем у ее края и наклоняя ее в противоположную сторону. минут снять горчичники, поместив их в лоток для отработанного материала	Обеспечение качественного выполнения процедуры
III. Окончание процедуры: 15. Протереть кожу пациента салфеткой на месте постановки банок	Обеспечение качественного выполнения процедуры
16. Укрыть и уложить пациента в удобное положение, предупредить пациента, что он должен оставаться в постели в течение 2 часов	Обеспечение физического комфорта пациента
17. Использованное оборудование и инструменты подвергнуть дезинфекции и/или утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
18. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
19. Сделать запись о выполненной процедуре в медицинскую карту пациента	Обеспечение преемственности при уходе

Таблица 74

Алгоритм применения грелки

Этапы алгоритма	Обоснование
Обснащение: грелка, пелёнка или полотенце, кувшин с водой $T = 60-65^{\circ}\text{C}$, термометр (водный)	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Налить в грелку на 2/3 ее объема приготовленную в кувшине воду температурой $60-65^{\circ}\text{C}$, слегка сжать грелку у горловины, выпустить воздух и закрутить пробку	Обеспечение качественного выполнения процедуры
4. Перевернуть грелку пробкой вниз для проверки протекания воды и обернуть её пелёнкой или полотенцем	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 74

II. Выполнение процедуры: 5. Положить грелку на нужную область тела на 20 минут. При необходимости длительного применения грелки (по назначению врача) менять воду по мере остывания. Каждые 20 минут следует делать 15–20-минутный перерыв	Обеспечение качественного выполнения процедуры
6. Снять грелку	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально. Осмотреть кожу пациента, в области соприкосновения с грелкой	Обеспечение психического и физического комфорта пациента. Обеспечение качественного выполнения процедуры
III. Окончание процедуры: 8. Вылить воду из грелки. Прозеинфицировать грелку, затем обмыть ее водой и высушить (хранить грелку следует в сухом виде с открытой крышкой)	Обеспечение инфекционной безопасности
9. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
10. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на неё пациента в карте стационарного больного	Обеспечение преемственности при уходе

Таблица 75

Алгоритм постановки согревающего компресса

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: компрессная бумага, вата, бинт, спирт этиловый 20–45 %, ножницы, лоток, емкости для дезинфекции и утилизации	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Удобно посадить или положить пациента	Обеспечение физического комфорта пациента
3. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
4. Отрезать ножницами необходимый (в зависимости от области применения кусок бинта и сложить его в 8 слоёв)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5. Вырезать кусок компрессной бумаги: по периметру на 2 см больше приготовленной салфетки	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 75

6. Приготовить кусок ваты по периметру на 2 см больше, чем компрессная бумага	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Сложить слои для компресса на столе, начиная с наружного слоя: внизу — вата, затем — компрессная бумага	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Налить спирт в лоток	Обеспечение качественного выполнения процедуры
9. Смочить в нём салфетку, слегка отжать её и положить поверх компрессной бумаги	Обеспечение качественного выполнения процедуры
II. Выполнение процедуры:	Обеспечение качественного выполнения процедуры
10. Все слои компресса одновременно положить на нужный участок тела	Обеспечение качественного выполнения процедуры
11. Зафиксировать компресс бинтом так, чтобы он плотно прилегал к коже, но не стеснял движений	Обеспечение качественного выполнения процедуры
12. Отметить время постановки компресса в карте больного	Обеспечение качественного выполнения процедуры
13. Напомнить пациенту, что компресс поставлен на 6–8 часов, придать пациенту удобное положение	Обеспечение качественного выполнения процедуры
14. Проверить правильность наложения компресса через 1,5–2 часа (подвести палец под первый слой компресса, если он влажный и теплый, то компресс поставлен правильно, если сухой — компресс снять и поставить заново)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
III. Окончание процедуры:	Обеспечение качественного выполнения процедуры
15. Снять компресс через положенное время 6–8 часов	Обеспечение качественного выполнения процедуры
16. Вытереть кожу в области компресса и наложить сухую повязку	Обеспечение качественного выполнения процедуры
17. Использованное оборудование и инструменты подвергнуть дезинфекции и/или утилизации. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
18. Сделать запись в медицинской карте о реакции пациента	Обеспечение преемственности при уходе

Таблица 76

Алгоритм постановки медицинских пиявок

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: емкость с пиявками (4–6 шт.), стерильный мягкий материал (шарики, бинт, салфетки), вата, лейкопластырь, перчатки, пинцет, пробирка или мензурка, лоток, емкость с теплой кипяченой водой, этиловый спирт 70%, раствор 40% глюкозы, пеленка одноразовая, раствор нашатырного спирта, емкости для утилизации и дезинфекции	
I. Подготовка к процедуре:	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	
2. Помочь пациенту удобно лечь для предстоящей процедуры	Обеспечение физического комфорта пациента
3. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
4. Подготовить необходимое оснащение и оборудование	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5. Выбрать место для постановки пиявок. Подстелить одноразовую пеленку под предполагаемую область постановки пиявок	Обеспечение качественного выполнения процедуры
6. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
II. Выполнение процедуры:	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Обработать кожу (место, постановки пиявок) вначале 70% спиртом (большим по площади, чем нужно для процедуры), стерильной салфеткой или ватным шариком, смоченным в горячей кипяченой воде, протереть кожу до покраснения, меняя шарики 2–3 раза. Кожу осушить стерильной салфеткой	
8. Смочить место постановки пиявок стерильным раствором 40% глюкозы	Обеспечение качественного выполнения процедуры
9. Захватить пинцетом пиявку и поместить ее в пробирку или мензурку хвостовым концом вниз	Обеспечение качественного выполнения процедуры
10. Поднести пробирку или мензурку к коже или слизистой (в стоматологии), отверстие пробирки или мензурки плотно приставить к месту присасывания (как только пиявка присосётся, в ее передней части появится волнообразное движение)	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Окончание табл. 76

11. Положить салфетку под заднюю присоску	Обеспечение качественного выполнения процедуры
12. Поставить остальные пиявки	Обеспечение качественного выполнения процедуры
13. Наблюдать за активностью пиявок: если не движутся, слегка провести по её поверхности пальцем	Обеспечение качественного выполнения процедуры
14. Приготовить емкость с дезинфицирующим раствором, который применяется в лечебно-профилактическом учреждении или с нашатырным спиртом для использованных пиявок	Обеспечение инфекционной безопасности
15. Снимать пинцетом через 20–30 минут (по назначению врача) все пиявки, проведя по ее поверхности ватным шариком, смоченным нашатырным спиртом	Обеспечение качественного выполнения процедуры
16. Поместить снятые пиявки в емкость с дезинфицирующим раствором	Обеспечение инфекционной безопасности
III. Окончание процедуры:	
17. Обработать кожу вокруг ранки спиртом	Обеспечение качественного выполнения процедуры
18. Наложить асептическую ватно-марлевую давящую повязку с большим слоем ваты, нельзя менять повязку в течение суток. Если повязка пропиталась кровью, дополнительно вату прибинтовывают сверху	Обеспечение инфекционной безопасности
19. Использованное оборудование и инструменты подвергнуть дезинфекции и/или утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
20. Снять перчатки поместить в емкость утилизации. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
21. Сделать запись в медицинской карте о реакции пациента	Обеспечение преемственности при уходе

**Алгоритмы манипуляций и документация к главе
4.15 Технологии медицинского и социального ухода.
Применение медикаментозного лечения**

Таблица 77

Алгоритм введения масляных капель в нос

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: лекарственное средство, пипетка (если у флакона нет вмонтированной пипетки), салфетки, лоток (чистый), перчатки, емкость для утилизации и дезинфекции	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Попросить пациента лечь и слегка запрокинуть голову	Обеспечение качественного выполнения процедуры
3. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
II. Выполнение процедуры: 4. Попросить пациента без напряжения, с помощью салфеток, поочередно через каждую ноздрию освободить носовую полость от слизи. Салфетки сбросить в лоток	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Обеспечение инфекционной безопасности
5. Набрать в пипетку лекарственное средство	Обеспечение качественного выполнения процедуры
6. Приподнять кончик носа пациента и закапать в каждый нижний носовой ход по 5–6 капель	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Поместить пипетку в лоток для использованного материала	Обеспечение инфекционной безопасности
8. Попросить пациента полежать несколько минут. Спросить у пациента, чувствует ли он вкус капель	Обеспечение качественного выполнения процедуры
III. Завершение процедуры: 9. Помочь пациенту сесть и спросить его о самочувствии	Обеспечение физического и психологического комфорта
10. Использованные материалы и оборудование подвергнуть дезинфекции и/или утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
11. Снять перчатки поместить в емкость для утилизации. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
12. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в медицинской документации	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 78

Алгоритм введения сосудосуживающих капель в нос

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: лекарственное средство, пипетка (если у флакона нет вмонтированной пипетки), салфетки, лоток (чистый), перчатки, емкость для утилизации и дезинфекции	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представить, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Удобно усадить пациента, слегка запрокинуть голову	Обеспечение качественного выполнения процедуры
3. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
II. Выполнение процедуры: 4. Попросить пациента без напряжения, с помощью салфеток, поочередно через каждую ноздрию освободить носовую полость от слизи. Салфетки сбросить в лоток	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Обеспечение инфекционной безопасности
5. Набрать в пипетку лекарственное средство	Обеспечение качественного выполнения процедуры
6. Приподнять кончик носа пациента	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Закапать в левую ноздрию 2–3 капли лекарственного средства, попросить пациента наклонить голову вправо	Обеспечение инфекционной безопасности
8. Попросить пациента прижать пальцами крыло носа к перегородке и сделать легкие вращательные движения	Обеспечение качественного выполнения процедуры
9. Закапать капли во вторую ноздрию, повторив те же действия	Обеспечение качественного выполнения процедуры
10. Поместить пипетку в лоток для использованного материала	Обеспечение инфекционной безопасности
III. Завершение процедуры: 11. Помочь пациенту занять удобное положение и спросить его о самочувствии	Обеспечение физического и психологического комфорта
10. Использованные материалы и оборудование подвергнуть дезинфекции и/или утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
11. Снять перчатки поместить в емкость для утилизации. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
12. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в медицинской документации	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 79

Алгоритм введения капель в глаза

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: лекарственное средство, пипетка (если у флакона нет вмонтированной пипетки), салфетки, лоток (чистый), перчатки, емкости для утилизации и дезинфекции	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Удобно посадить пациента	Обеспечение физического комфорта пациента
3. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
II. Выполнение процедуры: 4. При выделениях на слизистой глаз обрабатывать глаза пациента стерильными тампонами с антисептиком	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5. Набрать капли в пипетку, чтобы они не попали в ее резиновую часть	Обеспечение качественного выполнения процедуры
6.левой рукой с помощью стерильного тампона оттянуть нижнее веко, предложить пациенту посмотреть вверх: выпустить медленно 1–2 капли лекарственного средства в конъюнктивальный мешочек, ближе к носу левого и правого глаза	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Предложите пациенту закрыть глаза. Протрите веки пациента стерильным тампоном	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Поместить пипетку и использованный тампон в лоток для использованного оборудования и материала	Обеспечение инфекционной безопасности
III. Завершение процедуры: 9. Помочь пациенту занять удобное положение и спросить его о самочувствии	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
10. Погрузить пипетку в емкость с дезинфицирующим средством	Обеспечение инфекционной безопасности
11. Использованные материалы и оборудование подвергнуть дезинфекции и/или утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
12. Снять перчатки и поместить в емкость для утилизации. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
13. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в медицинской документации	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 80

Алгоритм введения капель в уши

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: лекарственное средство, пипетка (если у флакона нет вмонтированной пипетки), ватные шарики, лоток (чистый), перчатки, емкости для утилизации и дезинфекции	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Удобно разместить пациента (сидя, лежа, голову наклонить в здоровую сторону)	Обеспечение физического комфорта пациента
3. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
4. Нагреть препарат до температуры тела	Обеспечение качественного выполнения процедуры
II. Выполнение процедуры: 5. Набрать капли в пипетку, чтобы они не попали в ее резиновую часть	Обеспечение качественного выполнения процедуры
6. Оттянуть ушную раковину вверх и кзади для выпрямления наружного слухового прохода	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Ввести необходимое количество капель в наружный слуховой проход	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Надавить слегка на козелок уха, чтобы направить капли внутрь	Обеспечение качественного выполнения процедуры
9. Заложить ватный шарик, положение головы не менять 5–10 минут	Обеспечение качественного выполнения процедуры
10. Аналогично закапать лекарственное средство в другое ухо	Обеспечение качественного выполнения процедуры
III. Завершение процедуры: 11. Помочь пациенту занять удобное положение и спросить его о самочувствии	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
12. Использованные материалы и оборудование подвергнуть дезинфекции и/или утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
14. Снять перчатки и поместить в емкость для утилизации. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
15. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в медицинской документации	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 81

Алгоритм перорального введения лекарственных средств

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: лекарственные средства, передвижной столик, листы назначения, мензурки, ножницы, щипчики или ложечки, емкости для утилизации и дезинфекции	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Приготовить все необходимое для проведения процедуры	Обеспечение качественного выполнения процедур
3. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
II. Выполнение процедуры: 4. Сверить название лекарственного средства на упаковке, их дозировку с листом назначения, срок годности	Обеспечение качественного выполнения процедуры
5. Предупредить пациента об особенностях фармакологического действия лекарственного препарата	Обеспечение качественного выполнения процедуры
6. Объяснить пациенту правила приема: <ul style="list-style-type: none"> • принимать только в положении стоя или сидя; • положить препарат на корень языка; • запить водой в объеме 100–150 мл; • прием препарата строго по времени: за 15 минут до еды, через 15 минут после еды, во время еды с пищей, натощак — за 20–60 минут до завтрака. 	Обеспечение качественного выполнения процедуры
7. Достать лекарственное средство из упаковки при помощи щипчиков или ложечки, не прикасаясь руками к лекарственному средству	Обеспечение качественного выполнения процедуры
8. Проконтролировать прием лекарственного средства пациентом	Обеспечение качественного выполнения процедуры
III. Завершение процедуры: 9. Использованные материалы и оборудование подвергнуть дезинфекции и/или утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
10. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
11. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в медицинской документации	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 82

Алгоритм подкожного введения инсулина шприцем

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: кожный антисептик для обработки рук, салфетки с анти-септиком одноразовые, шприц инъекционный однократного применения в объеме 1.0 мл в комплекте с иглой, флакон с инсулином, перчатки медицинские нестерильные, емкость-контейнер для сбора острых отходов, ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А», ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б», медицинская документация	
I. Подготовка к процедуре: 1. Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться. Попросить пациента представиться. Сверить ФИО пациента с медицинской документацией. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. Объяснить пациенту необходимость соблюдения режима питания при получении инсулина. (Инсулин короткого действия вводится за 15–20 минут до еды)	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Предложить или помочь пациенту занять удобное положение	Обеспечение качественного выполнения процедур
3. Проверить: - шприц и иглы — герметичность, срок годности; - инсулин (хранится в холодильнике при температуре от +2 до +8 °С, перед введением согреть до комнатной температуры) — название, дозу (сравнить количество единиц в 1.0 мл на флаконе и в листе назначения, в 1 мл инсулина содержится 40 ЕД, 80 ЕД или 100 ЕД), срок годности на упаковке и флаконе, внешний вид (инсулин короткого действия во флаконе должен быть абсолютно прозрачным. На дне флакона с инсулином длительного действия является белый осадок, а над ним прозрачная жидкость); -упаковки с мягким материалом — герметичность, срок годности	Обеспечение инфекционной безопасности. Обеспечение качественного выполнения процедур
4. Выложить на манипуляционный стол расходные материалы и инструменты	Обеспечение качественного выполнения процедур
5. Вымыть руки гигиеническим способом, осушить руки, надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
6. Вскрыть упаковку шприца от поршня, собрать шприц, проверить проходимость иглы, не вынимая шприца из упаковки	Обеспечение качественного выполнения процедур

Продолжение табл. 82

7. Вскрыть 3 стерильные упаковки с салфетками с антисептиком и не вынимая из упаковки оставить на манипуляционном столе	Обеспечение качественного выполнения процедур
8. Стерильной салфеткой обработать резиновую пробку флакона с инсулином (иглу во флакон с инсулином вводить только после того, как просохнет пробка флакона от антисептического раствора, т.к. спирт снижает активность инсулина). Использованную салфетку сбросить в емкость для отходов класса Б	Обеспечение качественного выполнения процедур
9. Встряхнуть флакон (если инсулин длительного действия)	Обеспечение качественного выполнения процедур
10. Извлечь шприц из упаковки, колпачок от иглы сбросить в емкость для отходов группы А	Обеспечение качественного выполнения процедур
11. Взять шприц в правую руку. Проколоть иглой резиновую пробку флакона, набрать необходимое количество единиц инсулина из расчета +2 единицы, т.к. необходимо компенсировать потери при удалении воздуха	Обеспечение инфекционной безопасности
12. Поместить иглу, используемую для набора в контейнер для сбора острых отходов класса «Б» с иглосъемником	Обеспечение инфекционной безопасности
13. Провести замену иглы и поместить упаковку от иглы для инъекции в емкость для медицинских отходов класса «А»	Обеспечение инфекционной безопасности
14. Вытеснить воздух из шприца в колпачок до появления первой капли из иглы	Обеспечение качественного выполнения процедур
15. Положить собранный шприц с лекарственным препаратом в упаковку от шприца	Обеспечение инфекционной безопасности
II. Выполнение процедуры:	Обеспечение качественного выполнения процедур
16. Попросить пациента освободить от одежды (область плеча или бедра, или живота) для инъекции	Обеспечение качественного выполнения процедур
17. Выбрать и осмотреть предполагаемое место инъекции, пропальпировать его (при каждом введении инсулина в одно и то же место нужно делать небольшой отступ от предыдущей точки инъекции на 1–2 см, чтобы не травмировать повторно ткани)	Обеспечение качественного выполнения процедур
18. Обработать двукратно место инъекции салфетками с антисептиком. Упаковки от салфеток сбросить в емкость для отходов класса А, использованные салфетки с антисептиком поместить в емкость для отходов класса «Б»	Обеспечение качественного выполнения процедур

Окончание табл. 82

19. Извлечь шприц из упаковки, снять с него колпачок. Поместить упаковку и колпачок в емкость для отходов класса «А»	Обеспечение качественного выполнения процедур
20. Взять кожу в месте инъекции в складку (кожная складка формируется у худых людей и при длине иглы более 8 мм. Угол введения инсулина составляет 90 °С для игл 5 и 6 мм, 45°, если используются иглы длиной более 8 мм)	Обеспечение качественного выполнения процедур
21. Взять шприц, ввести иглу под кожу на две трети длины иглы срезом вверх	Обеспечение качественного выполнения процедур
22. Надавить на поршень, медленно ввести лекарственный препарат	Обеспечение качественного выполнения процедур
23. Извлечь иглу, не протирая и не массируя место инъекции, инсулин должен медленно абсорбироваться	Обеспечение качественного выполнения процедур
24. Убедиться в отсутствии наружного кровотечения в области инъекции	Обеспечение качественного выполнения процедур
25. Отсоединить иглу от шприца с помощью иглосъемника и поместить в непрокалываемый контейнер отходов класса «Б»	Обеспечение инфекционной безопасности
26. Поместить шприц в неразобранном виде в емкость для отходов класса «Б»	Обеспечение инфекционной безопасности
III. Окончание процедуры: 27. Обработать рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками двукратно с интервалом 15 минут методом протирания. Дезинфицирующие салфетки поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б», упаковки от салфеток поместить в емкость для отходов класса «А»	Обеспечение инфекционной безопасности
28. Снять и поместить перчатки и маску медицинскую в емкость для отходов класса «Б»	Обеспечение инфекционной безопасности
29. Обработать руки гигиеническим способом, осушить их	Обеспечение инфекционной безопасности
30. Спросить у пациента о его самочувствии после инъекции	Обеспечение физического комфорта пациента
31. Предупредить пациента, что через 20 минут необходимо принять пищу (при введении инсулина короткого действия)	Предупреждение гипогликемии
32. Сделать запись о выполненной процедуре в медицинской документации	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 83

Алгоритм подкожного введения инсулина шприц-ручкой

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: кожный антисептик для обработки рук, салфетки с антисептиком одноразовые (из расчета 2 шт.), шприц-ручка, картридж с инсулином, перчатки медицинские нестерильные, ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А», ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б», медицинская документация	
I. Подготовка к процедуре: 1. Установить контакт с пациентом: поздороваться, представиться. Попросить пациента представиться. Сверить ФИО пациента с медицинской документацией. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. Объяснить пациенту необходимость соблюдения режима питания при получении инсулина. (Инсулин короткого действия вводится за 15–20 минут до еды)	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Предложить или помочь пациенту занять удобное положение	Обеспечение качественного выполнения процедур
3. Проверить: –инсулин (хранится в холодильнике при температуре от +2 до +8 °С, перед введением согреть до комнатной температуры) — название, дозу (сравнить количество единиц в 1.0 мл на картридже и в листе назначения, в 1 мл инсулина содержится 40 ЕД, 80 ЕД или 100 ЕД), срок годности на упаковке и картридже, внешний вид (инсулин короткого действия в картридже должен быть абсолютно прозрачным. На дне картриджа с инсулином длительного действия является белый осадок, а над ним прозрачная жидкость, его следует хорошо перемешать (10 раз согнуть в локте вытянутую руку со шприц-ручкой, пока раствор не станет равномерно мутным); –упаковки с мягким материалом — герметичность, срок годности	Обеспечение инфекционной безопасности. Обеспечение качественного выполнения процедур
4. Выложить на манипуляционный стол расходные материалы и инструменты	Обеспечение качественного выполнения процедур
5. Вымыть руки гигиеническим способом, осушить руки, надеть маску и перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности

Продолжение табл. 83

Смена картриджа 6. Снять колпачок со шприц-ручки, взявшись за механическую часть и потянув колпачок в сторону. Открутить держатель картриджа от механической части. Вставить картридж в держатель. Прикрутить обратно держатель картриджа к механической части (до упора)	Обеспечение качественного выполнения процедур
Смена иглы 7. Извлечь одноразовую иглу из упаковки. Не снимая колпачок с иглы! Снять защитную наклейку с внешнего колпачка иглы. Прикрутить колпачок с иглой к собранной части шприц-ручки. Выпустить 1–2 ЕД для проверки проходимости иглы	Обеспечение качественного выполнения процедур
8. Вскрыть 2 стерильные упаковки с салфетками с антисептиком и не вынимая из упаковки оставить на манипуляционном столе	Обеспечение качественного выполнения процедур
9. Выбрать дозу (покрутив ролик в конце шприца, установить необходимую дозу в окошке шприц-ручки) для инъекции по назначению врача	Обеспечение инфекционной безопасности
II. Выполнение процедуры: 10. Попросить пациента освободить от одежды для инъекции. Инсулин короткого действия рекомендуется вводить в область живота — быстрая скорость всасывания обеспечит своевременное снижение уровня сахара в крови после еды. Инъекции НПХ-инсулина и аналогов инсулина длительного действия можно делать в живот, а также в бедра или ягодицы	Обеспечение качественного выполнения процедур
11. Выбрать и осмотреть предполагаемое место инъекции, пропальпировать его (при каждом введении инсулина в одно и то же место нужно делать небольшой отступ от предыдущей точки инъекции на 1–2 см, чтобы не травмировать повторно ткани)	Обеспечение качественного выполнения процедур
12. Обработать двукратно место инъекции салфетками с антисептиком. Упаковки от салфеток сбросить в емкость для отходов класса «А», использованные салфетки с антисептиком поместить в емкость для отходов класса «Б»	Обеспечение качественного выполнения процедур

Окончание табл. 83

13. Ввести иглу шприц-ручки вертикально в складку кожи, если используется игла длиной 4–8 мм или под углом в 45°, если используется игла в 10–12 мм. Игла должна полностью войти в кожу	Обеспечение качественного выполнения процедур
14. Нажать на пусковую кнопку шприц-ручки. Нажатие должно быть плавным, а не резким, для лучшего распределения инсулина в тканях	Обеспечение качественного выполнения процедур
15. После завершения инъекции, будет щелчок (это сигнализирует о том, что индикатор дозы совместился со значением «0», т.е. выбранная доза была полностью введена). Не убирать большой палец с пусковой кнопки и вынимать иглу из складки кожи. Необходимо оставаться в таком положении не менее 6 секунд (желательно 10 сек)	Обеспечение качественного выполнения процедур
16. Утилизировать иглу в непрокальваемый контейнер для отходов класса «Б»	Обеспечение инфекционной безопасности
17. Надеть колпачок шприц-ручки	Обеспечение инфекционной безопасности
III. Окончание процедуры: 19. Обработать рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками двукратно с интервалом 15 минут методом протирания. Дезинфицирующие салфетки поместить в емкость для медицинских отходов класса «Б», упаковки от салфеток поместить в емкость для отходов класса «А»	Обеспечение инфекционной безопасности
20. Снять и поместить перчатки и маску медицинскую в емкость для отходов класса «Б»	Обеспечение инфекционной безопасности
21. Обработать руки гигиеническим способом, осушить их	Обеспечение инфекционной безопасности
22. Спросить у пациента о его самочувствии после инъекции	Обеспечение физического комфорта пациента
23. Предупредить пациента, что через 20 минут необходимо принять пищу (при введении инсулина короткого действия)	Предупреждение гипогликемии
24. Сделать запись о выполненной процедуре в медицинской документации	Обеспечение преемственности ухода

Таблица 84

**Алгоритм проведения измерения глюкозы крови экспресс-методом
при помощи глюкометра**

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: кожный антисептик для обработки рук, салфетки с антисептиком одноразовые (из расчета 1 шт), перчатки медицинские нестерильные, емкость-контейнер для сбора острых отходов, ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А», ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б», медицинская документация, глюкометр, тест-полоски	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Помочь пациенту занять удобное положение сидя	Обеспечение физического комфорта пациента. Обеспечение качественного выполнения процедуры
3. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
4. Подготовить тест-полоску и включить аппарат. Перед измерением убедиться, что код на флаконе с тест-полосками совпадает с кодом на дисплее глюкометра	Обеспечение качественного выполнения процедуры.
5. Поместить тест-полоску в глюкометр	Обеспечение качественного выполнения процедуры
II. Выполнение процедуры 6. Обработать место прокола салфеткой с кожным антисептиком, дать высохнуть	Обеспечение инфекционной безопасности
7. Проколоть кожу безымянного пальца ланцетом. (проколоть палец с боковой поверхности подушечки). Ланцет поместить в непрокалываемый контейнер отходов класса «Б»	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Обеспечение инфекционной безопасности
9. После появления крови необходимо поместить каплю на тест-полоску	Обеспечение качественного выполнения процедуры
III. Окончание процедуры: 10. Оценить результат на дисплее глюкометра	Обеспечение качественного выполнения процедуры
11. Утилизировать тест-полоску в емкость для отходов класса «Б»	Обеспечение инфекционной безопасности
12. Спросить у пациента о его самочувствии после инъекции. Придать ему удобное положение	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента

Окончание табл. 84

13. Использованные материалы и оборудование подвергнуть дезинфекции и/или утилизации	Обеспечение инфекционной безопасности
14. Снять перчатки, сбросить в емкость для утилизации. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
15. Сделать запись о выполненной процедуре в медицинскую карту пациента	Обеспечение преемственности при уходе

Таблица 85

Уход за венозным катетером (замена повязки)

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: столик манипуляционный, стерильный лоток, стерильный пинцет, пакет/контейнер для утилизации класса А и Б, спиртосодержащий антисептик для обработки кожи пациента и всех частей (соединений) катетера, и сам катетер, раствор хлоргексидина 0,5–2 %-ный в 70 %-ном этиловом или изопропиловом спирте для обработки кожи пациента вокруг сосудистого катетера, антисептик для обработки рук, стерильные салфетки для обработки кожи, стерильные марлевые салфетки/самоклеющаяся стерильная повязка, перчатки нестерильные и стерильные	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Подготовить и доставить в палату манипуляционный столик, с размещенным на нем необходимым оснащением и поместить его вблизи от места проведения манипуляции	Обеспечение качественного выполнения процедуры
4. Предложить пациенту занять или помочь ему занять удобное положение: лежа на спине, без подушек, голову отвернуть в противоположную сторону	Обеспечение физического комфорта пациента. Обеспечение качественного выполнения процедуры
5. Освободить от одежды место установки катетера	Обеспечение качественного выполнения процедуры
6. Обработать руки гигиеническим способом	Обеспечение инфекционной безопасности
8. Надеть медицинскую маску, перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
II. Выполнение процедуры: 9. Осмотреть место входа катетера в кожу сквозь неповрежденную повязку для выявления признаков воспаления — припухлость, болезненность. При наличии признаков воспаления организовать вызов врача	Обеспечение качественного выполнения процедуры.

Окончание табл. 85

10. Снять повязку, заворачивая ее параллельно коже (не тянуть вверх), медленно и, желательно, по росту волос, для профилактики возникновения повреждений кожи вокруг места входа катетера в кожу. Положить снятую повязку в емкость для отходов класса Б	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Обеспечение инфекционной безопасности
11. Снять использованные перчатки в емкость для медицинских отходов класса Б	Обеспечение инфекционной безопасности
12. Обработать руки кожным антисептиком, надеть стерильные перчатки	Обеспечение качественного выполнения процедуры
13. Визуально убедиться, что катетер не смещен (по метке)	Обеспечение качественного выполнения процедуры
14. Обработать кожу вокруг катетера кожным антисептиком: стерильным марлевым шариком с помощью стерильного пинцета от центра к периферии. Сбросить использованный материал в емкость для отходов класса Б	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Обеспечение инфекционной безопасности
15. Обработать все части (соединения), включая канюлю, и сам катетер антисептиком: стерильным марлевым шариком. Дождаться полного высыхания антисептик. Сбросить использованный материал в емкость для отходов класса Б	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Обеспечение инфекционной безопасности
16. Вскрыть упаковку с самоклеющейся повязкой. Наложить стерильную повязку и зафиксировать ее самоклеющейся стерильной повязкой. Упаковки сбросить в емкость для отходов класса А	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Обеспечение инфекционной безопасности
III. Завершение процедуры: 17. Использованное оборудование и инструменты подвергнуть дезинфекции	Обеспечение инфекционной безопасности
18. Снять использованные перчатки, маску сбросить их в емкость для отходов класса Б	Обеспечение инфекционной безопасности
19. Обработать руки гигиеническим способом, осушить	Обеспечение инфекционной безопасности
20. Уточнить у пациента его самочувствие. Придать ему удобное положение	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
21. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию	Обеспечение преемственности при уходе

Таблица 86

Уход за венозным катетером (промывание катетера)

Этапы алгоритма	Обоснование
Оснащение: столик манипуляционный, стерильный лоток, стерильный пинцет, пакет/контейнер для утилизации класса А и Б, спиртосодержащий антисептик для обработки кожи пациента и всех частей (соединений) катетера, и сам катетер, раствор хлоргексидина 0,5–2 %-ный в 70 %-ном этиловом или изопропиловом спирте для обработки кожи пациента вокруг сосудистого катетера, антисептик для обработки рук, стерильные салфетки для обработки катетера, стерильные перчатки, одноразовые шприцы объемом 5,0–10,0, одноразовые стерильные заглушки (по количеству просветов катетера). Гепаринизированный раствор (0,01 мл гепарина на 1 мл физиологического раствора — т.е. 50 ЕД/1 мл) в объеме, равном внутреннему объему внутривенного катетера. Раствор натрия хлорида 0,9 %-ный 5,0–10,0 мл	
I. Подготовка к процедуре: 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Установление контакта с пациентом, обеспечение психологической подготовки пациента к проведению процедуры. Соблюдение прав пациента
2. Подготовить и доставить в палату манипуляционный столик, с размещенным на нем необходимым оснащением и поместить его вблизи от места проведения манипуляции	Обеспечение качественного выполнения процедуры
4. Предложить пациенту занять или помочь ему занять удобное положение: лежа на спине, без подушек, голову отвернуть в противоположную сторону	Обеспечение физического комфорта пациента. Обеспечение качественного выполнения процедуры
5. Освободить от одежды место установки катетера	Обеспечение качественного выполнения процедуры
6. Обработать руки гигиеническим способом	Обеспечение инфекционной безопасности
8. Надеть медицинскую маску, перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
9. Набрать в шприц объем 10 см ³ 5 мл раствора натрия хлорида 0,9 %-ный. В случае постановки «гепаринового замка» при ЦВК дополнительно подготовить шприц объемом 10 см ³ с гепаринизированным раствором (0,01 мл гепарина на 1 мл раствора натрия хлорида 0,9 %-ного — т.е. 50 ЕД/1 мл) в объеме, равном внутреннему объему внутривенного катетера	Обеспечение качественного выполнения процедуры

Продолжение табл. 86

<p>II. Выполнение процедуры: 10. Закрыть линии ЦВК специальными зажимами, которые входят в комплект катетера. (если зажима нет — попросить пациента сделать выдох, задержать дыхание. При закрытии катетера использовать новую стерильную заглушку)</p>	<p>Обеспечение качественного выполнения процедуры.</p>
<p>11. Обработать разъем катетера стерильной салфеткой, смоченной в антисептике — 15 вращательных движений. Салфетку сбросить в емкость для отходов класса Б</p>	<p>Обеспечение качественного выполнения процедуры. Обеспечение инфекционной безопасности</p>
<p>12. Если ранее в катетер был введен «гепариновый замок», то необходимо вытянуть его, присоединив шприц объемом 10 см³ с раствором натрия хлорида 0,9 %-ным (5 мл) и потянув его на себя. Использованный шприц сбросить в емкость для отходов класса Б</p>	<p>Обеспечение качественного выполнения процедуры. Обеспечение инфекционной безопасности</p>
<p>13. Для того чтобы убедиться, что проходимость катетера не нарушена: присоедините новый шприц объемом 10 см³ с раствором натрия хлорида 0,9 %-ным (5 мл), открыть зажим и потянуть легко поршень на себя (появилась кровь), ввести содержимое шприца, закрыть зажим. В случае затруднении прохождения раствора при нажатии на поршень организовать вызов врача. Использованный шприц сбросить в емкость для отходов класса Б</p>	<p>Обеспечение качественного выполнения процедуры. Обеспечение инфекционной безопасности</p>
<p>14. Для постановки «гепаринового замка» соединить шприц объемом 10 см³ с гепаринизированным раствором с катетером, снять зажим и ввести гепаринизированный раствор в объеме, равном внутреннему объему просвета катетера (не более), закрыть зажим. Данный объем необходимо уточнить заблаговременно (объем каждого из просветов указан на упаковке ЦВК). Использованный шприц сбросить в емкость для отходов класса Б</p>	<p>Обеспечение качественного выполнения процедуры. Обеспечение инфекционной безопасности</p>
<p>15. Обработать разъем катетера стерильной салфеткой, смоченной в антисептике — 15 вращательных движений. Использованную салфетку сбросить в емкость для отходов класса Б</p>	<p>Обеспечение качественного выполнения процедуры. Обеспечение инфекционной безопасности</p>

Окончание табл. 86

16. Вскрыть упаковку с заглушкой. Закрыть просвет катетера новой стерильной заглушкой, не прикасаясь к внутренней части заглушки и коннектора катетера. Упаковку от заглушки сбросить в емкость класса А	Обеспечение качественного выполнения процедуры. Обеспечение инфекционной безопасности
III. Завершение процедуры: 17. Использованное оборудование и инструменты подвергнуть дезинфекции	Обеспечение инфекционной безопасности
18. Снять использованные перчатки, маску сбросить их в емкость для отходов класса Б	Обеспечение инфекционной безопасности
19. Обработать руки гигиеническим способом, осушить	Обеспечение инфекционной безопасности
20. Уточнить у пациента его самочувствие. Придать ему удобное положение	Обеспечение физического и психологического комфорта пациента
21. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию	Обеспечение преемственности при уходе

Алгоритмы к главе № 5 Экстренная и неотложная медицинская помощь

Таблица 87

Общие рекомендации пациентам с аллергическими заболеваниями по уходу за кожей

Рекомендации по уходу за кожей	<ul style="list-style-type: none"> • не использовать различных раздражающих веществ, стиральных порошков, сильных моющих средств, растворителей, бензина, клея, лаков, красок, средств для чистки мебели, полов, ковров и т.д.; • избегать контакта кожи рук с растениями, а также с соками овощей и фруктов; • не носить грубую одежду, особенно из шерсти или синтетических материалов, предпочитать хлопчатобумажные ткани; • избегать интенсивной физической нагрузки как фактора, усиливающего потоотделение и зуд; • не подвергаться воздействию крайних значений температур и влажности; • остерегаться стрессовых ситуаций
---------------------------------------	--

Таблица 88

Общие рекомендации пациентам с аллергическими заболеваниями

Рекомендации при чувствительности к аллергенам домашней пыли	<ul style="list-style-type: none"> • обеспечить хорошую вентиляцию, поддерживать оптимальную влажность в жилом помещении (около 40%); • не держать в комнате ковры; • убрать из комнаты больного телевизор и компьютер, так как вокруг них значительно повышена концентрация пыли; • книги держать в застекленных книжных шкафах; • хранить одежду в закрытых стеновых шкафах; • для покрытия стен применять моющиеся обои или краску; • в квартире использовать хлопчатобумажные или синтетические занавески, стирать их не реже одного раза в 3 месяца; нежелательны драпированные шторы; • не пользоваться перьевыми и пуховыми подушками и одеялами (подушки должны быть из синтепона или других синтетических волокон, из ваты; покрывала — из легкостирающихся тканей без ворса); • дети должны спать на матрасах и подушках, на которых надеты плотные конверты на молнии; на подушках должно быть две наволочки; • два раза в неделю менять постельное белье; один раз в год заменять подушки новыми; • не хранить вещи под кроватью; • проводить влажную уборку помещения, а также чистку ковров, мягкой мебели с помощью пылесосов не реже одного раза в неделю; • при уборке надевать респиратор «лепесток»; • квартиру, где живет больной ребенок, убирать в его отсутствие, предпочтительно с помощью пылесоса с увлажнением; • для уменьшения концентрации клещей использовать безопасные для пациента акарицидные средства или специальное противоклещевое белье; • стирать постельные принадлежности при температуре выше 55 °С; • помнить, что вымораживание и обработка постельных принадлежностей ультрафиолетом вызывают гибель клещей
---	---

Продолжение табл. 88

Рекомендации при чувствительности к плесневым грибам	<ul style="list-style-type: none"> • тщательно убирать помещения, легко поражаемые плесенью (душевые, подвалы); • после пользования ванной насухо вытирать все влажные поверхности; • для уборки использовать растворы, предупреждающие рост плесени; • не допускать роста плесневых грибов в кухне, пользоваться вытяжкой для удаления пара, применять порошок буры для обработки мест скопления плесени (например, мусорные ведра); • сушить одежду только в проветриваемом помещении вне жилой комнаты; • избегать посещения плохо проветриваемых сырых помещений (подвалы, амбары, погреба); • не принимать участия в садовых работах осенью и весной, поскольку именно лежалые листья и трава служат источником плесени в воздухе; • не находиться вблизи собранных или горящих листьев, заплесневелого сена или соломы; • не употреблять в пищу продуктов, приготовление которых основано на процессах брожения (острые сыры с белой, зеленой или любой другой плесенью, копченые мясо и рыба, квашеная капуста, кефир и кисломолочные продукты, квас, пиво, свежеевыпеченный хлеб и др.); • не разводить дома комнатные цветы, так как земля в горшках служит местом роста некоторых плесневых грибов; • при наличии кондиционера в помещении регулярно менять фильтры — в противном случае создаются благоприятные условия для размножения в них плесневых грибов
Рекомендации при эпидермальной аллергии	<ul style="list-style-type: none"> • держать дома животных (после удаления животного из квартиры провести многократную тщательную уборку помещения, чтобы полностью удалить следы слюны, экскрементов, перхоти, шерсти животного); • посещать цирк, зоопарк и дома, где есть животные; • пользоваться одеждой из шерсти или меха животных;

Продолжение табл. 88

Рекомендации при аллергии к пыльце растений	<ul style="list-style-type: none">• планировать выезд в другую климатическую зону в сезон цветения причинно-значимых растений;• если невозможно сменить климатическую зону, нужно сократить время пребывания вне помещений, ограничить или исключить поездки за город, где концентрация пыльцы в воздухе значительно выше;• герметизировать окна или установить герметичные стеклопакеты;• при открывании форточек использовать влажную марлю;• при поездке в автомобиле держать окна закрытыми;• исключить употребление пищевых продуктов, имеющих перекрестные антигенные свойства с причинно-значимыми пыльцевыми аллергенами (например, при аллергии к пыльце деревьев запрещено употребление в пищу орехов, косточковых, моркови, киви и т.д.);• не использовать для лечения фитопрепараты, не применять растительные косметические средства (мыло, шампуни, кремы, бальзамы и т.д.);• на улице носить плотно прилегающие к лицу очки;• приходя с улицы домой, менять одежду, принимать душ, прополаскивать рот, промывать глаза, носовые ходы;• следует воздерживаться от выращивания цветущих растений в доме (особенно примулы и герани)
--	---

Окончание табл. 88

<p>Общая неспецифическая гипоаллергенная диета (по А.Д.Адо)</p>	<p>Примерная калорийность рациона составляет 2800 ккал (15 г белков, 200 г углеводов, 150 г жиров).</p> <p>Из рациона исключают:</p> <ul style="list-style-type: none"> • цитрусовые (апельсины, мандарины, лимоны, грейпфруты и др.); • орехи (фундук, миндаль и др.); • арахис; • рыбу и рыбные продукты (свежая и соленая рыба, рыбные бульоны, консервы из рыб, икра и др.); • птицу (гусь, утка, индейка, курица и др.); • шоколад и шоколадные изделия; • кофе; • копченые изделия; • уксус, горчицу, майонез и прочие специи; • хрен, редис, редьку; • томаты, баклажаны; • грибы; • яйца; • молоко; • клубнику, землянику, дыню, ананасы; • сдобное тесто; • мед; • любые алкогольные напитки (категорически). <p>Допускается:</p> <ul style="list-style-type: none"> • мясо говяжье, отварное; • супы крупяные и овощные; • блюда, приготовленные на вторичном говяжьем бульоне; • вегетарианские блюда; • масло сливочное, оливковое, подсолнечное; • картофель отварной; • каши (гречневая, геркулесовая, рисовая); • однодневные молочно — кислые продукты (творог, кефир, простокваша); • огурцы свежие, укроп; • яблоки печеные, арбуз; • чай; • сахар; • компоты из яблок, слив, смородины, вишни, сухофруктов; • белый, несдобный хлеб
--	--

Таблица 89

**Алгоритм проведения базовой сердечно-легочной реанимации
к ситуационной задаче № 1**

№	Мероприятие	Цель
1	Убедитесь в собственной безопасности и безопасности пациента при оказании помощи (нависающие конструкции, оголенные электропровода, движущийся транспорт, битое стекло и т.д.)	Исключить угрозу для жизни реаниматора и пострадавшего при проведении СЛР
2	Убедитесь в наличии признаков клинической смерти (10 сек):	Определить наличие сознания и дыхания.
2.1	-осторожно встряхнуть пострадавшего за плечи и громко спросить: «Вы в порядке?»	Отсутствие сознания и дыхания — вывод: Клиническая смерть.
2.2	-если реакции нет, громко позвать на помощь; -уложить пострадавшего на спину на жесткую поверхность:	Выбор способа оказания экстренной помощи: базовая СЛР с применением АНД
2.3	-открыть дыхательные пути: боковую поверхность кисти одной руки положить на лоб и осторожно разогнуть голову назад, кончиками пальцев второй руки поднять подбородок;	
2.4	-проверить дыхание: слышу, вижу, ощущаю	
3	Поручить окружающим срочно вызвать кардиологическую бригаду скорой помощи и принести автоматический наружный дефибриллятор (АНД)	Проведение ранней дефибриляции. Оказание квалифицированной медицинской помощи, госпитализация
4	Приступить к непрямому массажу сердца и ИВЛ (на каждые 30 компрессий грудины глубиной 5—6 см, с частотой 100—120 в 1 мин, делать 2 выдоха в пострадавшего предварительно открыть дыхательные пути и двумя пальцами закрыть носовые ходы, использовать средства индивидуальной защиты)	Поддерживать искусственное кровообращение и вентиляцию легких, удлиняя время клинической смерти до приезда кардиологической бригады
5	Проводить визуальный контроль положительных изменений цвета кожи, сужение зрачка	Контроль эффективности СЛР, как одно из условий сохранности головного мозга

Окончание табл. 89

6	Проводить комплекс сердечно-легочной реанимации до появления самостоятельного сердцебиения и дыхания или до прибытия машины «Скорой помощи»	Продление времени клинической смерти
7	Как только на место происшествия доставлен АНД: - включить АНД и далее следовать его голосовым и визуальным командам; Продолжайте следовать командам АНД. до тех пор, пока: - не прибудет квалифицированная помощь и не заменит вас; - у пострадавшего не появится самостоятельное эффективное дыхание; - вы в состоянии проводить реанимационные мероприятия (обычно 30 мин)	Восстановление сердечного ритма
8	При гипоксической коме, но сохранном пульсе и дыхании, уложить в устойчивое боковое положение, верхняя нога согнута в колене и прижата к животу	Сохранение проходимости дыхательных путей (профилактика асфиксии)
9	Проводить мониторинг: пульса, АД, ЧДД	Оценка динамики состояния
10	Окончание СЛР при неблагоприятном исходе: при появлении признаков биологической смерти	

Таблица 90

**Алгоритм проведения базовой сердечно-легочной реанимации без АНД
к ситуационной задаче № 2**

№	Мероприятие	Цель
1	Убедитесь в собственной безопасности и безопасности пациента при оказании помощи	Исключить угрозу для жизни реаниматора и пострадавшего при проведении СЛР
2	Убедитесь в наличии признаков клинической смерти за 10 секунд. (отсутствие сознания и дыхания)	Выбор оказания неотложной помощи
3	Поручить окружающим срочно вызвать реанимационную бригаду скорой помощи	Оказание квалифицированной медицинской помощи, госпитализация
4	Уложить пострадавшего на спину на жесткую поверхность (щит, пол и т.д.) Поручить помощнику приподнять ноги	Улучшение поступления крови в головной мозг (самопереливание крови)
5	Приступить к непрямому массажу сердца и ИВЛ (на каждые 30 компрессий грудины на глубину 5–6 см с частотой 100–120 в 1 мин делать 2 медленных выдоха в 500–600 мл воздуха в пострадавшего, предварительно освободив проходимость дыхательных путей)	Искусственно поддерживать кровообращение и оксигенацию крови, сохраняя жизнеспособность клеток, в первую очередь головного мозга
6	Проводить контроль положительных изменений цвета кожи, сужения зрачка	Контроль эффективности реанимационных мероприятий
7	Проводить комплекс сердечно-легочной реанимации до появления сердцебиения и дыхания или до прибытия машины «Скорой помощи»	Продление времени клинической смерти
8	При гипоксической коме, но сохранном пульсе и дыхании уложить в устойчивое боковое положение, верхняя нога согнута в колене и прижата к животу	Сохранение проходимости дыхательных путей (профилактика асфиксии)
9	Проводить мониторинг пульса, АД, ЧДД	Оценка динамики состояния

Таблица 91

Алгоритм оказания экстренной помощи при острой дыхательной недостаточности вследствие асфиксии инородным телом к ситуационной задаче № 3

№	Мероприятие	Цель
1	Нанесите серию из 5 толчков между лопатками: - встаньте сбоку и чуть позади ребенка, - обхватите пострадавшего под верхним плечевым поясом одной рукой и наклоните его вперед; - второй ладонью нанесите 5 толчков между лопаток. Важно! Контролируйте после каждого толчка отхождение инородного тела изо рта! НЕ СТРЕМИТЕСЬ нанести все 5 толчков	Методом ускорения вытолкнуть инородное тело из верхних дыхательных путей
2	Если нанесение толчков между лопатками не было эффективным, проведите «прием Хеймлиха» — нанесение абдоминальных толчков: - встаньте позади ребенка и обхватите его своими руками вокруг туловища под верхним плечевым поясом на уровне верхней части живота; - поддерживая за туловище, наклоните вперед; - сложите одну свою кисть в кулак и поместите его большим пальцем по направлению к туловищу в точке по срединной линии тела на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком грудины (реберный угол); - второй своей рукой зафиксируйте сверху кулак; на высоте вдоха наносите серию из 5 резких интенсивных толчков по направлению снизу — вверх и снаружи — внутрь к диафрагме, добиваясь извлечения инородного тела	При резком ударе, направленном под диафрагму, из нижних долей легких с силой выталкивается запас воздуха, увлекая инородное тело.
3	Если абдоминальные толчки оказались неэффективны, немедленно опустить голову ребенка ниже таза, перегнув его через собственное колено, постучите ладонью между лопаток ребенка. Если позволяет вес ребенка, поднимите его за ноги или уложите на левое предплечье вниз головой, удерживая кистью и постучите правой ладонью между лопаток	Одновременное применение первых 2 методов должно привести к удалению инородного тела из верхних дыхательных путей

Окончание табл. 91

4	Попытка удаления инородного тела руками: пальцами одной руки открывают рот пострадавшего и вводят в полость рта указательный палец другой руки, продвигая его глубоко в глотку к корню языка. Согнув палец в дистальной фаланге, попытаться «подцепить» инородное тело и сместить его наружу. При этом необходима особая осторожность, чтобы не протолкнуть инородное тело глубже в дыхательные пути	Восстановить проходимость дыхательных путей, удалить инородное тело
5	При выраженной obturации на уровне голосовых складок оправдано введение в трахею 1–2 толстых иглы диаметром около 2 мм (от инфузионной системы) на уровне 2–3 кольца трахеи строго по средней линии (коникопункция). При наличии навыка — коникотомия	Этого воздухоносного просвета достаточно для спасения пациента от асфиксии и гарантированной транспортировки его в стационар
6	Поручить окружающим срочно вызвать реанимационную бригаду скорой помощи	Оказание квалифицированной врачебной помощи, госпитализировать, уменьшить вероятность бронхолегочных осложнений
7	При обеспечении проходимости дыхательных путей и сохранении сознания, проводить мониторинг состояния дыхания, пульса, АД	Оценка динамики состояния.
8	При гипоксической коме, но сохранном пульсе, АД и дыхании уложить в устойчивое боковое положение, верхняя нога согнута в колене и прижата к животу	Сохранение проходимости дыхательных путей (профилактика асфиксии)
9	Дать доступ свежего воздуха, расстегнуть стесняющую одежду	Уменьшить гипоксию
10	При неэффективности мероприятий по эвакуации инородного тела, потере сознания и остановке дыхания, приступаем к проведению базовой СЛР до приезда специализированной реанимационной бригады	Сохранить кровообращение. Протолкнуть инородное тело в правый бронх. Возможно ИВЛ через просвет игл коникопункции

Таблица 92

Алгоритм проведения сердечно-легочной реанимации к ситуационной задаче № 4

№	Мероприятие	Цель
1	Убедитесь в собственной безопасности и безопасности пациента при оказании помощи	Исключить угрозу для жизни реаниматора и пострадавшего при проведении СЛР
2	Убедиться в наличии признаков клинической смерти за 10 секунд	Выбор способа оказания экстренной помощи
3	Поручить окружающим срочно вызвать реанимационную бригаду скорой помощи. При отсутствии окружающих вызвать бригаду с помощью средств мобильной связи	Оказание квалифицированной медицинской помощи, госпитализация
4	Приступить к непрямому массажу сердца и ИВЛ (на каждые 30 компрессий грудины делать 2 выдоха в пострадавшего)	Искусственное кровообращение и вентиляция легких
5	Проводить контроль положительных изменений цвета кожи, сужения зрачка	Контроль эффективности реанимационных мероприятий
6	Проводить комплекс сердечно-легочной реанимации до появления сердцебиения и дыхания или до прибытия машины «Скорой помощи»	Продление времени клинической смерти
7	При гипоксической коме, но сохранном пульсе и дыхании уложить в устойчивое боковое положение, верхняя нога согнута в колене и прижата к животу	Сохранение проходимости дыхательных путей (профилактика асфиксии)
8	Проводить мониторинг пульса, АД, ЧДД	Оценка динамики состояния.
9	Наложить асептическую повязку на «метки тока»	Профилактика вторичного инфицирования раны

Таблица 93

Алгоритм оказания неотложной помощи при ожоге к ситуационной задаче № 5

№	Мероприятие	Цель
1.	Успокоить, объяснить, что вы собираетесь делать и знаете, как помочь	Уменьшить стресс и страх смерти
2	Обильно и длительно охлаждать холодной проточной водой, пузырями со льдом	Холод спазмирует сосуды, что уменьшит боль, отек, плазмопотерию и глубину ожога
3	Дать выпить 30–40 мл. чистого алкоголя. Дать разжевать обезболивающие препараты (трамал, кетарал и др.)	Обезболить любыми доступными средствами, уменьшить боль, как пусковой механизм шока
4	Поручить окружающим срочно вызвать бригаду скорой помощи	Оказание квалифицированной медицинской помощи, госпитализация
5	Обеспечить обильное щелочно–солевое питье (на 1 литр воды/чая 4,0 гр. пищевой соды и 5,0 гр. соли)	Восполнение объем циркулирующей крови, гемодилюция, для уменьшения гемоконцентрации, связанной с плазмопотерей
7	Определить площадь ожога (правило девятки)	Рассчитать объем вливаний. Определить прогноз
8.	Наложить асептические контурные повязки на ожоговую рану, используя чистое постельное белье и др. Не бинтовать раневую поверхность	Профилактика вторичного инфицирования раны
9	Общее согревание пострадавшего, уложить на теплую поверхность, укрыть теплым	Сохранение микроциркуляции
10	Проводить мониторинг пульса, АД, ЧДД	Оценка динамики состояния
11	Госпитализация в профильное ожоговое отделение	Оказание специализированной помощи

Таблица 94

**Алгоритм оказания первой медицинской и первичной доврачебной
медицинской помощи при гипертоническом кризе
к ситуационной задаче № 6**

№	Мероприятие	Цель
1	Вызвать бригаду скорой помощи	Оказать квалифицированную помощь, снять ЭКГ, при необходимости, госпитализировать
2	Успокоить пострадавшего, объяснить ему свои действия	Уменьшить страх смерти
3	Придать пострадавшему полусидящее положение, приподнять голову	Перераспределение крови на периферию
4	Расстегнуть и ослабить стесняющую одежду, дать доступ свежего воздуха	Уменьшение дыхательной недостаточности
5	Дать сублингвально препарат, получаемый пациентом с целью базовой терапии (клофелин 0,075 мг, коринфар 10–20 мг и др)	Расширение периферических сосудов, снижение АД
6	Дать аналгетики (разжевать таблетку трамала, кетарола)	Уменьшение головной боли
7	Положить горчичники на икроножные мышцы или обеспечить горячую ножную ванну	Расширение периферических сосудов, снижение АД
8	Дать реланиум (элениум), валидол, теплый чай	Снять стресс, уменьшить страх смерти
9	Проводить мониторинг пульса, АД, частоты дыхательных движений	Оценка динамики состояния

Таблица 95

**Алгоритм оказания первой и первичной доврачебной медицинской
помощи при гипертоническом кризе к ситуационной задаче № 7**

№	Мероприятия	Цель
1	Придать сидячее положение с опущенными ногами, голову наклонить вперед, дать лоток для сбора крови	Препятствовать заглатыванию и аспирации кровью. Контролировать объем кровопотери (умеренное кровотечение до 100 мл снизит АД)
2	Положить «холод» на переносицу	Рефлекторно вызвать сужение сосудов, остановку кровотечения

Окончание табл. 95

3	Уточнить, какие гипотензивные препараты принимает постоянно и дать внеочередную дозу сублингвально	Снизить АД
4	Вызвать бригаду скорой помощи	Обеспечить безопасную транспортировку в стационар для коррекции гипотензивной терапии
5	Поддерживать вербальный контакт, успокоить, объяснить свои действия	Снять стресс
6	Положить горчичники на икроножные мышцы или опустить нижние и верхние конечности в теплую воду	Вызвать отток крови к нижним конечностям. Уменьшить давление в сосудах головного мозга
7	Контролировать АД, PS, объем кровопотери	Контроль эффективности оказания помощи
8	Госпитализировать	Обеспечить специализированную помощь

Таблица 96

Алгоритм оказания первой медицинской и доврачебной помощи острой сердечной недостаточности к ситуационной задаче № 8

№	Мероприятие	Цель
1	Успокоить пострадавшую, объяснить ей свои действия	Уменьшение страха неизвестности и стресса
2	Повторно дать таблетку нитроглицерина 0,0005 сублингвально (возможно повторный трехкратный прием через 5 мин при АД не ниже 90 мм рт.ст.)	Расширение коронарных сосудов, улучшение коронарного кровотока
3	Поручить окружающим срочно вызвать кардиологическую бригаду	Оказание специализированной помощи, госпитализация
4	Расстегнуть на пострадавшем стесняющую одежду, дать доступ свежего воздуха	Увеличение доступа кислорода
5	Дать ацетилсалициловую кислоту (аспирин) 125–250 мг в таблетке, разжевать и запить водой	Антикоагулянт: «разжижение» крови, улучшение микроциркуляции в т.ч. коронарного кровотока
6	Дать разжевать анальгетики (трамал, кеторол)	Уменьшение боли как пускового механизма шока
7	Положить горчичник на область сердца	Рефлекторное расширение коронарных сосудов

Окончание табл. 96

8	Дать реланиум (элениум), валидол, теплый чай	Снятие стресса, уменьшение страха смерти
9	Согреть (укрыть, растереть) руки и ноги	Улучшение микроциркуляции
10	Контроль показателей гемодинамики: АД и пульса	Контроль динамики состояния и эффективности помощи
11	Поддерживать вербальный контакт до приезда бригады скорой помощи.	Внушение уверенности в благополучном исходе

Таблица 97

Алгоритм оказания первой и первичной доврачебной медицинской помощи при обмороке к ситуационной задаче № 9

№	Мероприятие	Цель
1	Уложить пострадавшего в устойчивое боковое положение, верхняя нога должна быть согнута в колене и прижата к животу	Сохранение проходимости дыхательных путей (профилактика асфиксии)
2	Приподнять пострадавшему ноги, опустить головную часть тела	Улучшение поступления крови в головной мозг (самопереливание крови)
3	Дать доступ свежего воздуха. Расстегнуть на пострадавшем стесняющую одежду	Уменьшение гипоксии
4	Побрызгать на лицо холодной водой или обернуть влажным полотенцем, похлопать по щекам, дать вдохнуть пары нашатырного спирта, растереть руками тело, живот, конечности пациента	Рефлекторное изменение тонуса сосудов. Рефлекторное возбуждение дыхательного центра
5	Если обморок затягивается, вызвать бригаду скорой помощи	Оказание квалифицированной помощи
6	Проводить мониторинг пульса, АД, частоты дыхательных движений	Оценка динамики состояния

Таблица 98

Алгоритм оказания первой и первичной доврачебной медицинской помощи при остановке наружного артериального кровотечения путем максимального сгибания конечности к ситуационной задаче № 10

№	Мероприятия	Цель
1	Положить «валик» в область бедренного треугольника, максимально согнуть правую ногу в коленном и тазобедренном суставах, плотно зафиксировать конечность к туловищу ремнем	Временная остановка наружного артериального кровотечения путем максимального сгибания конечности
2	Привлечь окружающих (помощников) для вызова скорой помощи	Безопасная эвакуация для оказания специализированной помощи
3	Успокоить пострадавшего, объяснить ему, что вы собираетесь делать	Снятие страха неизвестности и стресса
4	Применить местный холод	Спазма сосудов местно для уменьшения кровотечения и чувства боли
5	Применить общее согревание (уложить на теплое и укрыть теплым)	Сохранение микроциркуляцию
6	Обезболить любыми доступными средствами (трамал, кеторол сублингвально)	Снятие боль как пусковой механизм шока, снятие возбуждение и стресс
7	Начать внутривенное струйное введение подогретого 0,9% раствора натрия хлорида в объеме 900 мл	Восполнение ОЦК (20% от $3\text{ л} = 600\text{ мл} \times 1,5 = 900\text{ мл}$)
8	Эвакуировать в положении лежа на носилках с приподнятым ножным концом без подушки	Улучшение кровоснабжение жизненно важных органов

Таблица 99

Алгоритм оказания первой и первичной доврачебной медицинской помощи при закрытом переломе плечевой кости к ситуационной задаче № 11

№	Мероприятие	Цель
1	Успокоить пострадавшего, объяснить ему, что вы собираетесь делать	Снятие стресса и страха
2	Обезболить любыми доступными средствами (трамал, кеторол сублингвально)	Снятие боли как пускового механизма шока, снятие возбуждения и стресса
3	Провести транспортную иммобилизацию поврежденной конечности с помощью косыночных повязок с обездвиживанием трех суставов (лучезапястного, локтевого, плечевого), зафиксировав поврежденную конечность к туловищу (рис. 5.8)	Создание покоя поврежденной конечности, уменьшение боли и предупреждения повреждения сосудов, нервных стволов, мышечной ткани костными отломками
4	Холод местно	Рефлекторное сужение сосудов, уменьшение внутритканевой гематомы и отека
5	Общее согревание (укутать пострадавшего)	Сохранение (улучшение) периферического кровотока (микроциркуляции), профилактика шока
6	Вызвать скорую помощь	Безопасная транспортировка в стационар для оказания специализированной помощи
7	Дать теплый чай, соле-щелочное питье	Восполнение ОЦК
8	Контролировать показатели гемодинамики: АД и пульс. Поддерживать вербальный контакт	Ранняя диагностика травматического шока

Таблица 100

Алгоритм оказания первой и первичной доврачебной медицинской помощи при отравлении хлором к ситуационной задаче № 12

№	Мероприятие	Цель
1	Убедитесь в собственной безопасности и безопасности пациента при оказании помощи (нависающие конструкции, оголенные электропровода, движущийся транспорт, битое стекло и т.д.)	Исключить угрозу для жизни оказывающего помощь и пострадавшего
2	Успокоить, объяснить, что вы собираетесь делать и знаете, как помочь	Уменьшить стресс и страх смерти
3	В очаге: -обработать лицо 2 % водным раствором соды; -промыть глаза 2% содовым раствором; - надеть ватно-марлевую повязку, смоченную тем же раствором	Прекратить действие травмирующего агента на кожу и слизистые (сода нейтрализует соляную кислоту, образующуюся при взаимодействии хлора и воды)
4	Вынести из зоны поражения: поднять вверх на максимально возможный этаж	Хлор в 2,5 раза тяжелее воздуха, скапливается в приземных слоях
5	Информировать службу спасения о местонахождении пострадавшего	Оказание квалифицированной помощи, госпитализация
6	Снять верхнюю одежду, тщательно промыть проточной водой открытые участки кожи, прополоскать слизистые	Уменьшение концентрации хлора на коже и слизистых
7	Придать полусидячее положение, ноги согнуть в тазобедренных и коленных суставах (высокий Фавлер) или сидя, и наложить венные жгуты на бедрах	Депонировать кровь на периферии, уменьшить приток крови к малому кругу кровообращения и отек легких
8	Дать вдыхать воздух с парами 96 *спирта (ватно-марлевую повязку смочить спиртом, возможно водкой)	Пеногаситель, уменьшится объем мокроты в трахеобронхиальном дереве
9	Закапать глаза местно анестезирующими каплями (лидокаин, новокаин)	Обезболить (снять резь и слезотечение), сузить сосуды, уменьшить отек
10	Проводить мониторинг пульса, АД, ЧДД, поддерживать вербальный контакт	Оценка динамики состояния

Таблица 101

Алгоритм оказания первой и первичной доврачебной медицинской помощи при острых аллергических реакциях к ситуационной задаче № 13

№	Мероприятие	Цель
1	Успокоить, объяснить, что вы собираетесь делать	Снять стресс и страх
2	Поручить окружающим вызвать скорую медицинскую помощь	Своевременная госпитализация для оказания специализированной помощи
3	Обколоть «крестообразно» место инъекции 0,1% раствора эпинефрина (адреналина) 0,5 мл в 5,0 мл изотонического раствора натрия хлорида и приложить к нему лед, холод на 15–20 мин. (терапия первого назначения!)	Сужение сосудов и прекращение дальнейшего всасывания сыворотки
4	Ввести антигистаминные препараты: 1% раствор дифенгидрамин (димедрола) не более 1,0 мл	Предотвращает дальнейшее прогрессирование процесса
5	При необходимости введение эпинефрина 0.3 мл — 0.1% р-ра можно повторить через 10–15 мин в/м в переднелатеральную поверхность бедра, используя шприц — тубик Эпикен	Улучшить коронарное кровообращение, расслабить гладкую мускулатуру бронхов
6	Ингаляционное (транстрахеальное) введение 0,1 % раствора адреналина (эпинефрина) 1 мл или 5% раствора эфедрина-1–2 мл при нарастании удушья	Снять бронхоспазм, восстановить проходимость бронхов, уменьшить одышку
7	При сохраненной проходимости дыхательных путей обеспечить высокое положение Фаулера для безопасной эвакуации	Госпитализация в стационар для оказания специализированной помощи, диагностики и лечения
8	Контролировать гемодинамику, проходимость верхних дыхательных путей	Контроль эффективности оказываемой помощи
	В/венно преднизолон 120 мг или дексаметазон 20 мг (доврачебная помощь)	Антигистаминное и противоотечное действие

Таблица 102

Алгоритм оказания первой и первичной доврачебной медицинской помощи при острой аллергической реакции по типу отека Квинке к ситуационной задаче № 14

№	Мероприятие	Цель
1	Удалить жало насекомого; -наложить жгут выше места укуса; -холод на место укуса; -на этапе первой медицинской помощи в место ужаления и в носовые ходы закапать сосудосуживающие капли (нафтизин, санорин и др.) -обколоть однократно адреномиметиками: раствором 0,1% адреналина (эпинефрина) 0,5 мл с добавлением физиологического раствора 4–5 мл	Прекращение дальнейшего поступления аллергена в организм и его распространения гематогенным путем
2	Вызвать скорую помощь через помощников (окружающих)	Госпитализация для оказания специализированной помощи
3	Уложить пациента в устойчивое боковое положение	Профилактика асфиксии в случае потери сознания и рвоты
4	В случае дальнейшего падения АД повторное введение адреномиметиков с интервалом 5–10 мин и переход на в/в капельное введение препарата на физиологическом растворе. При отсутствии периферического венозного доступа адреномиметики вводить в трахею с помощью пункции до полной стабилизации АД	Стабилизация гемодинамики, улучшение проходимости дыхательных путей
4а	При необходимости введение эпинефрина 0.3 мл — 0.1% р-ра можно повторить через 10–15 мин в/м в переднелатеральную поверхность бедра, используя шприц — тубик Эпикен	

Окончание табл. 102

5	При нарушении дыхания, выполнить тройной прием Сафара: в положении лежа на спине запрокинуть голову, вывести вперед нижнюю челюсть, приоткрыть рот, ввести воздуховод, при невозможности — выполнить коникотомию (коникопункцию). При нарастающем отеке гортани, некупируемой гипотонии, нарушении сознания, развитии дыхательной недостаточности, отека легких показан перевод на искусственную вентиляцию легких	Восстановление проходимости дыхательных путей, эффективного дыхания
6	Вводить в/в капельно дексаметазон 16 мг, или гидрокортизон 100 мг, или преднизолон 120 мг	Уменьшение отеков различной локализации, в том числе отека легких
7	При остановке дыхания и сердечной деятельности проводить СЛР	Выведения из состояния клинической смерти
8	Мониторинг дыхания и сердечно-сосудистой деятельности	Профилактика повторных анафилактических реакций
9	Госпитализировать в положении Фаулера при условии сохранения сознания или устойчивом боковом положении при нарушении сознания	Безопасная транспортировка в стационар для оказания специализированной медицинской помощи

Содержание

Алгоритмы манипуляций и документация лечебных отделений к главе 4.5 Обеспечение безопасной больничной среды при организации и осуществлении медицинского и социального ухода	3
Алгоритмы манипуляций к главе 4.6 Инфекционный контроль и инфекционная безопасность при медицинском и социальном уходе	23
Алгоритмы манипуляции к главе 4.7 Технологии медицинского и социального ухода. Личная гигиена тяжелобольного пациента/клиента	27
Алгоритмы манипуляций, документация к главе 4.8 Технологии медицинского и социального ухода. Профилактика пролежней	55
Алгоритмы манипуляций к главе 4.9 Технологии медицинского и социального ухода. Оценка функционального состояния пациента/клиента	58
Алгоритмы манипуляций и документация к главе 4.10 Технологии медицинского и социального ухода. Питание и кормление пациента/клиента	65
Алгоритмы манипуляций к главе 4.11 Технологии медицинского и социального ухода. Наблюдение и уход при патологии органов дыхания	91
Алгоритмы манипуляций и документация к главе 4.12 Технологии медицинского и социального ухода. Наблюдение и уход при нарушении деятельности желудочно-кишечного тракта	94
Алгоритмы манипуляций к главе 4.13 Технологии медицинского и социального ухода. Наблюдение и уход при заболевании почек и мочевыводящих путей	118
Алгоритмы манипуляций к главе 4.14 Технологии медицинского и социального ухода. Простейшие физиотерапевтические процедуры	125
Алгоритмы манипуляций и документация к главе 4.15 Технологии медицинского и социального ухода. Применение медикаментозного лечения	133
Алгоритмы к главе № 5 Экстренная и неотложная медицинская помощь	149