

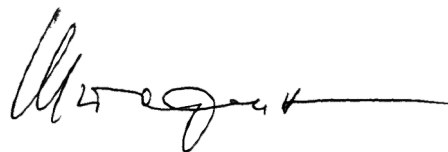
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Новосибирский государственный медицинский  
университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой

общей хирургии Штофин С.Г.



«30»\_\_мая\_\_\_\_ 2020 г.

## **АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ**

### **Производственная практика**

#### **«Помощник палатной и процедурной медицинской сестры»**

Специальность / направление подготовки 32.05.01 Медико-профилактическое  
дело

Форма обучения: очная

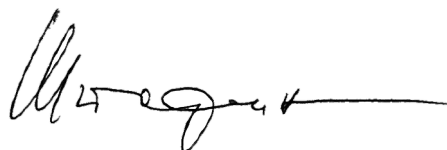
Алгоритмы выполнения практических навыков по освоению клинической практики «Помощник фельдшера скорой и неотложной помощи» являются частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы специалитета по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело

Форма обучения: очная

Алгоритмы выполнения практических навыков разработали сотрудники кафедры общей хирургии.

| <b>Фамилия И.О.</b> | <b>Должность</b>              | <b>Ученая степень, ученое звание</b> |
|---------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| Штофин С.Г.         | зав. кафедрой общей хирургии  | д.м.н., профессор                    |
| Чеканов А.М.        | доцент кафедры общей хирургии | к.м.н.                               |

Методические указания рассмотрены и одобрены на заседании кафедры  
Протокол № 6 от 30 мая 2020 г.  
Зав. кафедрой Штофин С.Г.



## Оглавление

|   |    |
|---|----|
| 1. Взятие крови из периферической вены.....   | 4  |
| 2. Внутривенное введение лекарственных средств.....   | 5  |
| 3. Внутримышечное введение лекарственных препаратов.....  | 5  |
| 4. Измерение артериального давления на периферических артериях.....   | 6  |
| 5. Измерение ЧДД.....   | 7  |
| 6. Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков с помощью пикфлоуметра.....  | 8  |
| 7. Набирание лекарственных растворов из ампулы и флакона в шприц.....   | 9  |
| 8. Наложение компресса на кожу (согревающий компресс).....  | 10 |
| 9. Оценка степени риска развития пролежней.....   | 11 |
| 10. Подготовка пациента к проведению эзофагогастродуоденоскопии (эндоскопическое тестирование исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки)..... | 11 |
| 11. Подкожное введение лекарственных препаратов.....  | 12 |
| 12. Получение добровольного информированного согласия у пациента на проведение манипуляций.....   | 13 |
| 13. Пособие при парентеральном введении лекарственных средств.....  | 14 |
| 14. Пособие при стомах толстой кишки.....   | 16 |
| 15. Постановка очистительной клизмы.....  | 19 |
| 16. Применение (постановка) пузыря со льдом.....  | 21 |
| 17. Проведение контроля качества предстерилизационной очистки изделий медицинского назначения.....  | 21 |
| 18. Проведение первичных мероприятий на случай аварии при работе с кровью и другими биологическими жидкостями больного ВИЧ инфекцией.....                     | 22 |
| 19. Промывание желудка.....   | 23 |
| 20. Регистрация электрокардиограммы.....  | 25 |
| 21. Скелетное вытяжение (уход).....   | 27 |
| 22. Термометрия общая.....  | 28 |
| 23. Техника обработки рук.....  | 28 |
| 24. Уход за дренажом.....   | 30 |
| 25. Уход за сосудистым катетером.....   | 31 |

## **1.Взятие крови из периферической вены**

### **I. Подготовка к процедуре.**

Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру взятия крови.

Предложить/помочь пациенту занять удобное положение: сидя или лежа

Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

Подготовить необходимое оснащение.

Выбрать и осмотреть/пропальпировать область предполагаемой венепункции для избежания возможных осложнений.

При выполнении венепункции в область локтевой ямки - предложить пациенту максимально разогнуть руку в локтевом суставе, для чего подложить под локоть пациента клеенчатую подушечку.

Надеть перчатки (нестерильные).

Наложить жгут (на рубашку или пеленку) так, чтобы при этом пульс на ближайшей артерии пальпировался и попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее.

При выполнении венепункции в область локтевой ямки – наложить жгут в средней трети плеча, пульс проверяем на лучевой артерии.

При наложении жгута женщине, не использовать руку на стороне мастэктомии.

### **II. Выполнение процедуры.**

Обработать область венепункции не менее чем 2 салфетками/ватными шариками с кожным антисептиком, движениями в одном направлении, одновременно определяя наиболее наполненную вену.

Если рука пациента сильно загрязнена, использовать столько ватных шариков с антисептиком, сколько это необходимо. Патентованная салфетка используется одна независимо от степени загрязнения.

Взять шприц, фиксируя указательным пальцем канюлю иглы. Остальные пальцы охватывают цилиндр шприца сверху.

Натянуть кожу в области венепункции, фиксируя вену. Держать иглу срезом вверх, параллельно коже, проколоть ее, затем ввести иглу в вену (не более чем на 1/2 иглы). При попадании иглы в вену, ощущается «попадание в пустоту».

Убедиться, что игла в вене: потянуть поршень на себя, при этом в шприц должна поступить кровь. Потянуть поршень на себя. Когда из канюли иглы покажется кровь, набрать необходимое количество крови

Развязать жгут, попросить пациента разжать кулак.

### **III. Окончание процедуры.**

Прижать к месту инъекции салфетку/ватный шарик с кожным антисептиком. Извлечь иглу, попросить пациента держать салфетку/ватный шарик у места инъекции 5 - 7 минут, прижимая большим пальцем второй руки или забинтовать место инъекции.

Время, которое пациент держит салфетку/ватный шарик у места инъекции (5-7 минут), рекомендуемое.

Кровь аккуратно медленно по стеночке перелить в пробирку

Убедиться, что наружного кровотечения в области венепункции нет.

Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал.

Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.

Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию или оформить направление

Организовать доставку проб в лабораторию.

## **2.Внутривенное введение лекарственных средств**

Подготовка к процедуре.

Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и отсутствие аллергии на данное лекарственное средство.

1. Предложить или помочь пациенту занять удобное положение: сидя или лежа. Выбор положения зависит от состояния пациента; вводимого препарата (если у пациента приступ бронхиальной астмы, то удобное для него положение – «сидя», гипотензивные препараты следует вводить в положении «лежа», т. к. при резком снижении давления может возникнуть головокружение или потеря сознания).

2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

3. Подготовить шприц.

Проверить срок годности, герметичность упаковки.

4. Набрать лекарственный препарат в шприц, поместить его в стерильный лоток.

Набор лекарственного препарата в шприц из ампулы:

- Прочитать на ампуле название лекарственного препарата, дозировку, срок годности; убедиться визуально, что лекарственный препарат пригоден: нет осадка.

- Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в ее широкой части.

- Подпилить ампулу пилочкой. Ватным шариком, смоченным спиртом, обработать ампулу, обломить конец ампулы.

- Взять ампулу между указательным и средним пальцами, перевернув дном вверх. Ввести в нее иглу и набрать необходимое количество лекарственный препарат.

Ампулы, имеющие широкое отверстие - не переворачивать. Следить, чтобы при наборе лекарственный препарат игла все время находилась в растворе: в этом случае исключается попадание воздуха в шприц.

- Убедиться, что в шприце нет воздуха.

Если есть пузырьки воздуха на стенках цилиндра, следует слегка оттянуть поршень шприца и несколько раз «повернуть» шприц в горизонтальной плоскости. Затем следует вытеснить воздух, держа шприц над раковиной или в ампулу. Не выталкивать лекарственный препарат в воздух помещения, это опасно для здоровья.

При использовании шприца многократного использования, поместить его и ватные шарики в лоток. При использовании шприца однократного применения надеть на иглу колпачок, поместить шприц с иглой ватные шарики в упаковку из-под шприца.

- Выбрать и осмотреть/пропальпировать область предполагаемой венопункции для избежания возможных осложнений.

При выполнении венопункции в область локтевой ямки - предложить пациенту максимально разогнуть руку в локтевом суставе, для чего подложить под локоть пациента клеенчатую подушечку.

- Наложить жгут (на рубашку или пеленку) так, чтобы при этом пульс на ближайшей артерии пальпировался и попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее.

## **3.Внутримышечное введение лекарственных препаратов**

I. Подготовка к процедуре.

Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и отсутствие аллергии на данное лекарственное средство.

Предложить или помочь пациенту занять удобное положение. Выбор положения зависит от состояния пациента; вводимого препарата.

Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

Подготовить шприц.

Проверить срок годности, герметичность упаковки.

Набрать лекарственный препарат в шприц.

Набор лекарственного препарата в шприц из ампулы.

- Прочитать на ампуле название лекарственного препарата, дозировку, срок годности; убедиться визуально, что лекарственный препарат пригоден: нет осадка.

- Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в ее широкой части.

- Подпилить ампулу пилочкой. Ватным шариком, смоченным спиртом, обработать ампулу, обломить конец ампулы.

- Взять ампулу между указательным и средним пальцами, перевернув дном вверх. Ввести в нее иглу и набрать необходимое количество лекарственный препарат.

Ампулы, имеющие широкое отверстие - не переворачивать. Следить, чтобы при наборе лекарственный препарат игла все время находилась в растворе: в этом случае исключается попадание воздуха в шприц.

- Убедиться, что в шприце нет воздуха.

Если есть пузырьки воздуха на стенках цилиндра, следует слегка оттянуть поршень шприца и несколько раз «повернуть» шприц в горизонтальной плоскости. Затем следует вытеснить воздух, держа шприц над раковиной или в ампулу. Не выталкивать лекарственный препарат в воздух помещения, это опасно для здоровья.

При использовании шприца однократного применения надеть на иглу колпачок, поместить шприц с иглой ватные шарики в упаковку из-под шприца.

Выбрать и осмотреть/пропальпировать область предполагаемой инъекции для избежания возможных осложнений.

Надеть перчатки.

## II. Выполнение процедуры

Обработать место инъекции не менее чем 2 салфетками/шариками, смоченными антисептиком.

Туго натянуть кожу большим и указательным пальцами одной руки (у ребёнка и старого человека захватите мышцу), что увеличит массу мышцы и облегчит введение иглы.

Взять шприц другой рукой, придерживая канюлю иглы указательным пальцем.

Ввести иглу быстрым движением под углом 90° на 2/3 её длины.

Потянуть поршень на себя, чтобы убедиться, что игла не в сосуде.

Медленно ввести лекарственный препарат в мышцу.

## III. Окончание процедуры.

1. Извлечь иглу, прижать к месту инъекции шарик с кожным антисептиком, не отрывая руки с шариком, слегка помассировать место введения лекарств.

2. Подвергнуть дезинфекции расходный материал.

## 4.Измерение артериального давления на периферических артериях

1. Подготовка к процедуре:

1) Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры.

2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

3) Придать пациенту удобное положение, усадить или уложить его.

2. Выполнение процедуры:

1) Обнажить руку пациента, расположив ее ладонью вверх, на уровне сердца.

2) Наложить манжету тонометра на плечо пациента. Между манжетой и поверхностью плеча должно помещаться два пальца (для детей и взрослых с маленьким объемом руки - один палец), а ее нижний край должен располагаться на 2,5 см выше локтевой ямки.

3) Постепенно произвести нагнетание воздуха грушей тонометра до исчезновения пульса (исчезновение пульса фиксируется исследователем пальпаторно). Этот уровень давления, зафиксированный на шкале тонометра, соответствует систолическому давлению.

- 4) Спустить воздух из манжеты тонометра и подготовить прибор для повторного накачивания воздуха.
- 5) Мембрану стетофонендоскопа поместить у нижнего края манжеты над проекцией плечевой артерии в области локтевой впадины, слегка прижав к коже, но, не прилагая для этого усилий.
- 6) После фиксации мембраны быстро накачать манжету до уровня, превышающего полученный результат на 30 мм рт.ст.
- 7) Сохраняя положение стетофонендоскопа, начать спускать воздух из манжеты со скоростью 2-3 мм рт.ст. за секунду. При давлении более 200 мм рт.ст. допускается увеличение этого показателя до 4-5 мм рт.ст. за секунду.
- 8) Запомнить по шкале на тонометре появление первого тона – это систолическое давление, значение которого должно совпадать с оценочным давлением, полученным пальпаторным путем.
- 9) Отметить по шкале на тонометре прекращение громкого последнего тона – это диастолическое давление. Для контроля полного исчезновения тонов продолжать аускультацию до снижения давления в манжете на 15-20 мм рт.ст. относительно последнего тона.

### 3. Окончание процедуры

- 1) Сообщить пациенту результат измерения артериального давления.
- 2) Обработать мембрану фонендоскопа антисептическим или дезинфицирующим средством.
- 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 4) Записать результаты в соответствующую медицинскую документацию. Об изменении артериального давления у пациента – сообщить врачу.

Алгоритм исследования пульса.

#### I. Подготовка к процедуре.

1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры по исследованию пульса. Получить согласие пациента на процедуру.
2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
3. Предложить пациенту или придать ему удобное положение.

#### II. Выполнение процедуры.

1. Положить первый палец руки на тыльную сторону выше кисти пациента, а второй, третий и четвертый пальцы - по ходу лучевой артерии, начиная с основания первого пальца пациента.
2. Прижать слегка артерию к лучевой кисти и почувствовать ее пульсацию.
3. Взять часы с секундомером.
4. Провести подсчет пульсовых волн на артерии в течение 1 мин.
5. Определить интервалы между пульсовыми волнами (ритм пульса)
6. Определить наполнение пульса (объем артериальной крови, образующей пульсовую волну).
7. Сдавить лучевую артерию и оценить напряжение пульса.

#### III. Окончание процедуры.

1. Провести регистрацию частоты пульса в температурном листе графическим способом, а в листе наблюдения - цифровым способом.
2. Сообщить пациенту результаты исследования.
3. Вымыть и осушить руки.
4. Руки обработать антисептическим средством.

### 5. Измерение ЧДД

Цель:

Подсчитать ЧДД за 1 минуту.

Показания:

Оценка физического состояния пациента.

Заболевания органов дыхания.

Назначение врача и др.

Противопоказания:

Нет.

Оснащение.

1) Часы с секундной стрелкой или секундомер.

2) Ручка.

3) Температурный лист.

Возможные проблемы пациента:

Психозомоциональные (возбуждение и т.д.)

Последовательность действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды:

1) Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения, установите с ним доверительные отношения и получите согласие на проведение манипуляции.

2) Приготовьте часы с секундомером или секундомер.

3) Вымойте руки.

4) Попросите пациента лечь удобно, чтобы вы видели верхнюю часть передней поверхности грудной клетки.

5) Возьмите руку пациента, как для исследования пульса на лучевой артерии, чтобы пациент думал, что вы исследуете его пульс.

6) Смотрите на грудную клетку: вы увидите, как она поднимается и опускается.

7) Если вам не удастся увидеть движение грудной клетки, положите свою руку на грудную клетку пациента, и вы почувствуете эти движения.

8) Подсчитайте частоту за 1 минуту (только количество вдохов).

9) По окончании процедуры помогите пациенту сесть удобнее, уберите все лишнее.

10) Вымойте руки.

11) Зарегистрируйте данные измерения в температурном листе пациента.

Оценка достигнутых результатов:

ЧДД подсчитано, зарегистрировано в температурном листе.

Примечания:

1) В норме дыхательные движения ритмичные (т.е. повторяются через равные промежутки времени). Частота дыхательных движений у взрослого человека в покое составляет 16-20 в минуту, причем у женщин она на 2-4 дыхания чаще, чем у мужчин. Во время сна дыхание обычно становится реже (до 14 - 16 уд в минуту), дыхание учащается при физической нагрузке, эмоциональном возбуждении.

2) Учащение ЧДД называется тахипноэ; урежение ЧДД - брадипноэ; апноэ - отсутствие дыхания.

3) Типы дыхания: грудное - у женщин, брюшное - у мужчин, смешанное - у детей.

4) Проводя подсчет ЧДД, обратите внимание на глубину и ритм дыхания, а также продолжительность вдоха и выдоха, запишите тип дыхания.

**ИССЛЕДОВАНИЕ ПУЛЬСА.**

Цель: Исследовать пульс пациента и зафиксировать показания в температурном листе.

Показания:

Оценка состояния сердечно-сосудистой системы.

Назначение врача.

Противопоказания: Нет.

## **6. Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков с помощью пикфлоуметра**

-установите указатель прибора на нулевую отметку,

-встаньте или сядьте прямо, выпрямите шею,



- возьмите пикфлоуметр в руку, избегая блокирования выходного отверстия пальцами,
- вдохните максимально глубоко,
- возьмите мундштук пикфлоуметра в рот и плотно обхватите его губами; избегайте закрывания отверстия мундштука языком,
- дуньте внутрь прибора с максимальной силой и скоростью (важна сила выдоха, а не количество выдыхаемого воздуха; выдох не должен напоминать плевков или кашель),
- оцените показания прибора - стрелка сдвинется с нулевой отметки – это и будет величина пиковой скорости выдоха,
- установите указатель на нулевую отметку,
- повторите процедуру ещё дважды и выберите максимальный показатель,
- занесите значение максимального показателя, дату и время измерения в дневник

## **7.Набирание лекарственных растворов из ампулы и флакона в шприц**

Цель: лечебная.

Оснащение:

флаконы с антибиотиками;

ампулы или флаконы с водой для разведения;

пинцет в стерильной ёмкости;

стерильный лоток;

лоток для сброса отходов класса Б

стерильные одноразовые шприцы;

иглы для набора лекарств;

стерильные ватные шарики/салфетки, этиловый спирт 70 % или антисептический раствор;

лоток для использованного материала.

### **ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ:**

Выполните гигиеническую обработку рук, наденьте перчатки

Проверить срок годности, наименование, дозировку, процентную концентрацию, способ введения лекарственных средств (соответственно листу врачебного назначения)

Пинцетом или ножницами снять металлический диск с флакона, положить в лоток для использованного материала.

Взять стерильным пинцетом ватные шарики/салфетки из стерильной упаковки, выложить на стерильный лоток, смачиваем 70 % этиловым спиртом или антисептическим раствором.

Обработать влажным шариком/салфеткой резиновую пробку флакона и оставить его на пробке.

Обработать влажным шариком/салфеткой ампулу с растворителем, подпилить, обработать влажным шариком/салфеткой ампулу с растворителем и вскрыть.

Набрать в шприц из расчета 0,5 мл растворителя на 100 000 ЕД а/б (стандартное разведение).

Проколоть резиновую пробку флакона с а/б иглой со шприцем и ввести растворитель.

Отсоединить цилиндр шприца от иглы (игла остается во флаконе), осторожно встряхнуть флакон до полного растворения порошка а/б.

Вновь присоединяем шприц и набираем необходимую дозу а/б, отсоединяем шприц и надеваем иглу для введения лекарственного средства, вытесняем пузырьки воздуха, надеваем колпачок.

Кладем шприц в стерильный лоток, влажные шарики/салфетки кладем возле цилиндра.

### **НАБОР ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ИЗ АМПУЛЫ**

Цель: лечебная и диагностическая.

Показания: По назначению врача.

Оснащение:

ампулы с лекарственными средствами;

шприцы, иглы;

стерильные ватные шарики/салфетки;

этиловый спирт 70 % или антисептический раствор;

стерильный лоток

лоток для сброса отходов класса Б.

#### ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ:

Выполните гигиеническую обработку рук, наденьте перчатки

Проверить срок годности, наименование, дозировку, процентную концентрацию, способ введения лекарственных средств (соответственно листу врачебного назначения)

Вынимаем ампулу и уточняем, нет ли помутнения, сверяем наименование лекарства, дозировку с листом назначения.

Встряхиваем ампулу так, чтобы раствор оказался в широкой её части, ставим на стол.

Проводим сборку шприца.

Берём стерильным пинцетом ватные шарики/салфетки из стерильной упаковки на стерильный лоток, смачиваем их 70 % этиловым спиртом или антисептическим раствором, а затем обрабатывает узкую часть ампулы в направлении от широкой части к узкой.

Пилочкой надпиливаем узкую часть ампулы, тем же шариком/салфеткой обрабатывает ампулу и отламываем (кладем в лоток для использованного материала). Если на ампуле имеется специальное обозначение для отламывания кончика ампулы надпиливание не требуется.

Вскрытую ампулу ставим на стол.

Заранее приготовленный шприц берём в правую руку, придерживая муфту иглы указательным пальцем, а цилиндр - большим и мизинцем. Ампулу берём в левую руку между 2 и 3 пальцами, переворачивая вверх дном, поднимая на уровень глаз.

Не касаясь краёв ампулы, ввести иглу в ампулу на 0,5 см.

В левую руку перехватываем цилиндр шприца:

большим пальцем и мизинцем обхватываем цилиндр;

безымянным пальцем фиксируем муфту иглы.

Правой рукой оттягиваем поршень на себя, набираем необходимую дозу, выпускаем воздух из шприца в ампулу.

Меняем иглу. Пинцетом надевает другую иглу для инъекции, фиксирует её, проверяет проходимость иглы, не снимая с неё колпачок.

Готовый шприц кладем в стерильный лоток, шарики рядом с цилиндром.

#### **8. Наложение компресса на кожу (согревающий компресс)**

**ОСНАЩЕНИЕ:** компрессная бумага, вата, бинт (марля), спирт этиловый 450, ножницы, лотки, мензурка.

**ПОКАЗАНИЯ,** местный воспалительный процесс на коже и подкожной клетчатке, воспалительные процессы всустава, воспаление среднего уха, ушибы, травмы через сутки, постинъекционные инфильтраты.

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** злокачественные новообразования, высокая лихорадка, гнойничковые и аллергические высыпания на коже, нарушение целостности кожи.

#### **Этапы**

Подготовка к процедуре

Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры и получить его согласие на процедуру.

2. Вымыть и осушить руки.

3. Отрезать ножницами необходимый (в зависимости от области применения) кусок бинта для компресса и сложить его в 8 слоев. Вырезать кусок компрессной бумаги: по периметру на 2 см больше салфетки. Приготовить кусок ваты – по периметру на 2 см больше, чем компрессная бумага.

4. Сложить слои для компресса на столе, начиная с наружного слоя: снизу – вата, затем – компрессная бумага.

5. Налить спирт в мензурку, смочить в нем салфетку, слегка отжать ее и положить поверх компрессной бумаги. Примечание: При постановке компресса на ухо, салфетку и компрессную бумагу разрезать в центре.

Выполнение процедуры

6. Все слои компресса одновременно положить на нужный участок тела.

Примечание: не следует накладывать компресс на кожу, смазанную йодом.

7. Зафиксировать компресс бинтом в соответствии с требованием с десмургией, так чтобы он плотно прилегал к коже, но стеснял движения.

8. Напомнить пациенту, что компресс поставлен на 6-8 часов.

9. Вымыть и осушить руки.

10. После 1,5-2 часа, после наложения компресса пальцем, не снимая повязки, проверить степень влажности салфетки. Укрепить компресс бинтом.

11. вымыть и осушить руки.

Окончание процедуры.

12. снять компресс через положенное время

13. вытереть кожу в области компресса, наложить сухую повязку.

14. вымыть и осушить руки.

15. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции пациента на нее.

### **9.Оценка степени риска развития пролежней**

Материальные ресурсы

Пинцет стерильный – 1 шт. (при необходимости). Спирт этиловый 700 5 мл.

Антисептическое средство. Мыло – при отсутствии антисептика для обработки рук.

Марлевые салфетки (стерильные) – 5 шт.

Источник дополнительного освещения.

Перчатки стерильные – 1 пара (при необходимости).

Алгоритм оценки степени тяжести пролежней

I. Подготовка к процедуре:

Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры.

Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептического раствора).

Отрегулировать высоту кровати.

II. Выполнение процедуры:

Помочь пациенту лечь на живот или на бок.

Осмотреть места образования пролежней: крестец, пятки, лодыжки, лопатки, локти, затылок, большой вертел бедренной кости, внутренние поверхности коленных суставов.

Оценить: локализацию, окраску кожных покровов, наличие запаха и боли, глубину и размер поражения, наличие и характер отделяемой жидкости, отечность краев раны, наличие полости, в которой могут быть видны сухожилия и/или костные образования.

При необходимости применять стерильные пинцеты и стерильные перчатки.

III. Окончание процедуры:

Сообщить пациенту (ке) результат обследования.

Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептического раствора).

Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.

### **10.Подготовка пациента к проведению эзофагогастродуоденоскопии (эндоскопическое тестирование исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки)**

Подготовительный этап выполнения манипуляции.

1. Провести беседу с больным о предстоящем исследовании, цели, ходе, безвредности и необходимости процедуры.

2. Получить согласие больного на исследование.

3. Провести инструктаж по подготовке и исследованию:

накануне исследования ужин не позже 1800 часов

утром в день исследования исключить прием пищи, воды, лекарственных препаратов, не курить, не чистить зубы;  
к назначенному часу явиться в эндоскопический кабинет, взяв с собою полотенце и историю болезни.

## **11.Подкожное введение лекарственных препаратов**

### **I. Подготовка к процедуре.**

1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и отсутствие аллергии на данное лекарственное средство.

Предложить/помочь пациенту занять удобное положение: сидя или лежа. Выбор положения зависит от состояния пациента; вводимого препарата.

Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

Подготовить шприц.

Проверить срок годности и герметичность упаковки.

Набрать лекарственный препарат в шприц.

Набор лекарственного препарата в шприц из ампулы.

- Прочитать на ампуле название лекарственного препарата, дозировку, срок годности; убедиться визуально, что лекарственный препарат пригоден: нет осадка.

- Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в ее широкой части.

- Подпилить ампулу пилочкой. Ватным шариком, смоченным спиртом, обработать ампулу, обломить конец ампулы.

- Взять ампулу между указательным и средним пальцами, перевернув дном вверх. Ввести в нее иглу и набрать необходимое количество лекарственный препарат. Ампулы, имеющие широкое отверстие - не переворачивать. Следить, чтобы при наборе лекарственный препарат игла все время находилась в растворе: в этом случае исключается попадание воздуха в шприц.

- Убедиться, что в шприце нет воздуха.

Если есть пузырьки воздуха на стенках цилиндра, следует слегка оттянуть поршень шприца и несколько раз «повернуть» шприц в горизонтальной плоскости. Затем следует вытеснить воздух, держа шприц над раковиной или в ампулу. Не выталкивать лекарственный препарат в воздух помещения, это опасно для здоровья.

При использовании шприца однократного применения надеть на иглу колпачок, поместить шприц с иглой ватные шарики в упаковку из-под шприца или в лоток.

Выбрать и осмотреть/пропальпировать область предполагаемой инъекции для избежания возможных осложнений.

Надеть перчатки.

### **II. Выполнение процедуры**

Обработать место инъекции не менее чем 2 салфетками/шариками, смоченными антисептиком.

Собрать кожу одной рукой в складку треугольной формы основанием вниз.

Взять шприц другой рукой, придерживая канюлю иглы указательным пальцем.

Ввести иглу со шприцем быстрым движением под углом 45° на 2/3 длины.

Потянуть поршень на себя, чтобы убедиться, что игла не в сосуде.

Медленно ввести лекарственный препарат в подкожную жировую клетчатку.

### **III. Окончание процедуры.**

1. Извлечь иглу, прижать к месту инъекции шарик с кожным антисептиком, не отрывая руки с шариком, слегка помассировать место введения лекарств.

2. Подвергнуть дезинфекции расходный материал.

3. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.

4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.
6. Перед инъекцией следует определять индивидуальную непереносимость лекарственного вещества; поражения кожи и жировой клетчатки любого характера в месте инъекции
7. Через 15-30 минут после инъекции обязательно узнать у пациента о его самочувствии и о реакции на введённое лекарство (выявление осложнений и аллергических реакций).
8. Места для п/к введения - наружная поверхность плеча, наружная и передняя поверхность бедра в верхней и средней трети, подлопаточная область, передняя брюшная стенка

## **12.Получение добровольного информированного согласия у пациента на проведение манипуляций**

Цели и суть правила:

- обеспечить уважительное отношение к пациенту или испытуемому как к автономной личности;
- минимизировать возможность морального или материального ущерба пациенту или испытуемому;
- повышение чувства ответственности медицинских работников за моральное и физическое благополучие пациентов или испытуемых.

Правило информированного согласия призвано обеспечить уважительное отношение к пациентам или испытуемым в биомедицинских экспериментах как к личностям, а также, разумеется, минимизировать угрозу их здоровью, социально-психологическому благополучию и моральным ценностям вследствие недобросовестных или безответственных действий специалистов.

Хирургические операции, химиотерапия, длительная госпитализация и многие другие виды медицинского вмешательства могут оказывать серьезное влияние на возможности реализации жизненных планов человека. Применение правила информированного согласия обеспечивает активное участие пациента в выборе методов лечения, оптимальных не только с медицинской точки зрения, но и с точки зрения жизненных ценностей самого человека.

Согласно этому правилу, любое медицинское вмешательство (в том числе и привлечение человека в качестве испытуемого в биомедицинское исследование) должно как обязательное условие включать специальную процедуру получения добровольного согласия пациента или испытуемого на основе адекватного информирования о целях предполагаемого вмешательства, его продолжительности, ожидаемых положительных последствиях для пациента или испытуемого, возможных неприятных ощущениях (тошнота, рвота, боль, зуд и т.д.), риске для жизни, физического и/или социопсихологического благополучия.

Необходимо также информировать пациента о наличии альтернативных методов лечения и их сравнительной эффективности. Существенным элементом информирования должна быть информация о правах пациентов и испытуемых в данном лечебно-профилактическом или научно-исследовательском учреждении и способах их защиты в тех случаях, когда они так или иначе ущемлены.

Каковы цели применения в медицинской практике и биомедицинских исследованиях правила информированного согласия?

1. Обеспечить уважительное отношение к пациенту или испытуемому в биомедицинском исследовании как к автономной личности, которая вправе осуществлять свободный выбор и контролировать все процедуры или действия, осуществляемые в процессе лечения или научного исследования с его телом.
2. Минимизировать возможность морального или материального ущерба, который может быть причинен пациенту вследствие недобросовестного лечения или экспериментирования.
3. Создать условия, способствующие повышению чувства ответственности медицинских работников и исследователей за моральное и физическое благополучие пациентов и испытуемых.

Следует также отметить важность получения информированного согласия для социально-психологической адаптации к новым условиям жизни, которые могут возникнуть как следствие медицинского вмешательства.

В практике действительно между врачом и пациентом складывается ситуация естественного неравенства. Больной, не обладая специальными медицинскими знаниями, доверяет врачу свою жизнь. Но врач сам не застрахован от медицинских ошибок. Правовая защита пациента нивелирует это неравенство, и принцип добровольного информированного согласия закрепляет новые нормы взаимоотношений между врачом и пациентом. В настоящее время правило получения информированного согласия пациентов и тех, кто привлекается к участию в клинических испытаниях или медико-биологических исследованиях, стало общепризнанной нормой.

В Конституции Российской Федерации в главе 2, статье 21 записано следующее положение: "Никто не может быть без добровольного согласия подвергнут медицинским, научным или иным испытаниям". В "Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан" это положение конкретизируется в статьях 43 и 32. Статья 43 гласит: "Любое биомедицинское исследование с привлечением человека в качестве объекта может проводиться только после получения письменного согласия гражданина. Гражданин не может быть принужден к участию в биомедицинском исследовании. При получении согласия на биомедицинское исследование гражданину должна быть предоставлена информация о целях, методах, побочных эффектах, возможном риске, продолжительности и ожидаемых результатах исследования. Гражданин имеет право отказаться от участия в исследовании на любой стадии".

### **13.Пособие при парентеральном введении лекарственных средств**

Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и отсутствие аллергии на данное лекарственное средство.

1. Предложить или помочь пациенту занять удобное положение: сидя или лежа. Выбор положения зависит от состояния пациента; вводимого препарата (если у пациента приступ бронхиальной астмы, то удобное для него положение – «сидя», гипотензивные препараты следует вводить в положении «лежа», т. к. при резком снижении давления может возникнуть головокружение или потеря сознания).

2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

3. Подготовить шприц.

Проверить срок годности, герметичность упаковки.

4. Набрать лекарственный препарат в шприц, поместить его в стерильный лоток.

Набор лекарственного препарата в шприц из ампулы:

- Прочитать на ампуле название лекарственного препарата, дозировку, срок годности; убедиться визуально, что лекарственный препарат пригоден: нет осадка.
- Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в ее широкой части.
- Подпилить ампулу пилочкой. Ватным шариком, смоченным спиртом, обработать ампулу, обломить конец ампулы.

- Взять ампулу между указательным и средним пальцами, перевернув дном вверх. Ввести в нее иглу и набрать необходимое количество лекарственный препарат.

Ампулы, имеющие широкое отверстие - не переворачивать. Следить, чтобы при наборе лекарственный препарат игла все время находилась в растворе: в этом случае исключается попадание воздуха в шприц.

- Убедиться, что в шприце нет воздуха.

Если есть пузырьки воздуха на стенках цилиндра, следует слегка оттянуть поршень шприца и несколько раз «повернуть» шприц в горизонтальной плоскости. Затем следует вытеснить воздух, держа шприц над раковиной или в ампулу. Не выталкивать лекарственный препарат в воздух помещения, это опасно для здоровья.

При использовании шприца многоразового использования, поместить его и ватные шарики в лоток. При использовании шприца однократного применения надеть на иглу колпачок, поместить шприц с иглой ватные шарики в упаковку из-под шприца.

- Выбрать и осмотреть/пропальпировать область предполагаемой венепункции для избежания возможных осложнений.

При выполнении венепункции в область локтевой ямки - предложить пациенту максимально разогнуть руку в локтевом суставе, для чего подложить под локоть пациента клеенчатую подушечку.

- Наложить жгут (на рубашку или пеленку) так, чтобы при этом пульс на ближайшей артерии пальпировался и попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее.

При выполнении венепункции в область локтевой ямки – наложить жгут в средней трети плеча, пульс проверяем на лучевой артерии.

При наложении жгута женщине, не использовать руку на стороне мастэктомии.

- Надеть перчатки (нестерильные).

## II. Выполнение процедуры.

- Обработать область венепункции не менее чем 2 салфетками/ватными шариками с кожным антисептиком, движениями в одном направлении, одновременно определяя наиболее наполненную вену.

Если рука пациента сильно загрязнена, использовать столько ватных шариков с антисептиком, сколько это необходимо. Патентованная салфетка используется одна независимо от степени загрязнения.

При выполнении внутривенного введения лекарственного препарата в условиях процедурного кабинета выбросить салфетку/ватный шарик в педальное ведро; при выполнении внутривенного введения лекарственного препарата в других условиях, поместить салфетку/ватный шарик в непромокаемый пакет.

- Взять шприц, фиксируя указательным пальцем канюлю иглы. Остальные пальцы охватывают цилиндр шприца сверху.

- Натянуть кожу в области венепункции, фиксируя вену. Держать иглу срезом вверх, параллельно коже, проколоть ее, затем ввести иглу в вену (не более чем на 1/2 иглы). При попадании иглы в вену, ощущается «попадание в пустоту».
- Убедиться, что игла в вене: потянуть поршень на себя, при этом в шприц должна поступить кровь.
- Развязать/ослабить жгут и попросить пациента разжать кулак. Для контроля иглы в вене еще раз потянуть поршень на себя, т.к. в момент ослабления жгута игла может выйти из вены
- Нажать на поршень, не меняя положения шприца, и медленно (в соответствии с рекомендациями врача) ввести лекарственный препарат, оставив в шприце незначительное количество раствора.

Количество миллилитров, оставляемых в шприце должно быть достаточным для безопасного введения (препятствие попаданию в вену пузырьков воздуха).

### III. Окончание процедуры.

- Прижать к месту инъекции салфетку/ватный шарик с кожным антисептиком. Извлечь иглу, попросить пациента держать салфетку/ватный шарик у места инъекции 5 - 7 минут, прижимая большим пальцем второй руки или забинтовать место инъекции.

Время, которое пациент держит салфетку/ватный шарик у места инъекции (5-7 минут), рекомендуемое.

- Убедиться, что наружного кровотечения в области венепункции нет.
- Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал.
- Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.
- Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.

### **14.Пособие при стомах толстой кишки**

До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук Использование перчаток во время процедуры.

Выбор средств для выполнения манипуляции Калоприемник. Зонд кишечный № 18 (стерильный) для промывания стомы. Ирригационный рукав для промывания стомы. Штатив для внутривенного вливания. Ирригационный контейнер. Антисептик для обработки поля вокруг стомы. Антисептическое средство для обработки рук. Дезинфицирующее средство Спирт этиловый 70° — 5 мл Вазелиновое масло. 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. Ведро. Полотенце. Простыня. Дезодорант для мешка стомы. Туалетная бумага. Зеркало. Одноразовые полиэтиленовые пакеты. Мыло. Трафарет и ножницы. Измеритель со стандартными отверстиями. Карандаш или ручка. Зажим для мешка. Емкость для воды. Дозатор с жидким мылом. Стол Ёмкость для дезинфекции Нестерильные перчатки Стерильные перчатки. Пластырь Ширма



Информирование пациента о выполняемой процедуре Пациент должен быть информирован о предстоящей манипуляции по уходу за стомой. Информация о выполнении манипуляции, сообщаемая ему врачом, или медсестрой, или фельдшером включает сведения о цели данной процедуры. Письменного согласия не требуется, так как процедура не является опасной для жизни.

Алгоритм действий Алгоритм смены калоприемника Подготовка к процедуре. 1. Уточнить у лечащего врача вид оборудования и необходимость изменения плана ухода за стомой. 2. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. 3. Обеспечить возможность для соблюдения конфиденциальности — поставить ширму, помочь пациенту занять положение лёжа. 4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5. Подготовить необходимое оснащение и оборудование. 6. Обернуть пациента простыней или пелёнкой ниже стомы для ограничения манипуляционного поля. Расположить зеркало нужным образом, чтобы создать видимость для 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); 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 тупые конечные вертикально-изогнутые для избежания повреждения мешка). 9. Надеть нестерильные перчатки. Выполнение процедуры. 1. 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 объём масс. Обмыть зажим и вытереть его туалетной бумагой. Нанести дезодорирующее средство на нижнюю часть мешочка. Снятие калоприемника производить, начиная с верхнего края. 2. Обработать перчатки антисептическим раствором. 3. Аккуратно очистить область стомы и кожи вокруг неё водой с мягким (жидким) мылом, высушить её марлевой салфеткой. 4. Проверить состояние кожи, её цвет в области стомы и саму стому на наличие отёка или других изменений (мацерации). 5. Снять перчатки и поместить их в ёмкость для дезинфекции. 6. Обработать руки антисептиком и надеть новые перчатки. 7. Обработать кожу (при нарушении её целостности) защитным препаратом (цинковая мазь, стомагезин, паста Лассара или другим средством, применяемым в учреждении). 8. Снять защитное бумажное покрытие с нанесенной разметкой и, не торопясь, совместить нижний край вырезанного отверстия с нижней границей стомы. 9. Приложить и правильно центрировать чистый калоприемник прямо на кожу пациента или на кольцо калоприемника (при использовании многоразового) подальше от свежих разрезов в коже. 10. Приклеить, начиная с нижнего края пластины, калоприемник к коже в течение 1—2 минут, прижимая рукой край отверстия, прилежащий к стоме, не допуская образования складок, через которые будут просачиваться выделения из

стомы. 11. Аккуратно расправить нижние края калоприемника (при применении многоразового). 12. При использовании многоразового калоприемника прикрепить края калоприемника к кожному барьерному приспособлению пластырем. Присоединить пояс к кромке калоприемника. Окончание процедуры. Снять перчатки. Прозеинфицировать и утилизировать использованный материал. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.

Алгоритм промывания колостомы: Подготовка процедуры. 1. Уточнить у лечащего врача вид оборудования и необходимость изменения плана ухода за стомой. 2. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. 3. Обеспечить возможность для соблюдения конфиденциальности, если процедура проходит в положение лёжа. 4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5. Надеть нестерильные перчатки. 6. Налить в ирригационный контейнер 500-1000 мл тёплой воды. 7. Повесить контейнер на штатив для внутривенных вливаний и заполнить систему водой. 8. Помочь пациенту сесть на стул (лицом к унитазу) или лечь набок на кровати и подложить судно. 9. Отсоединить и поместить в использованный калоприёмник в мешок. 10. Вымыть кожу в области колостомы, как при замене калопремника. 11. Обработать перчатки антисептическим раствором.

Выполнение процедуры. 1. Наложить ирригационный рукав поверх стомы. 2. Смазать вазелиновым маслом катетер. 3. Осторожно ввести катетер в стому на глубину 5-10 см. 4. Расположить нижний край рукава в унитаз или судно. 5. Включить систему и удерживать ирригационный конец. 6. Проводить вливание в течение 10—15 минут. 7. Задержать ток воды, если пациент почувствует схваткообразные боли или случится обратный заброс жидкости, закрыть систему и дать отдых. 8. Вытереть нижний край рукава туалетной бумагой и перекрыть или перегнуть его верхнюю часть, пока пациент сидит. 9. Промыть рукав водой, обсушить его конец и закрыть его. 10. Попросить пациента походить 35—40 минут. 11. Удалить рукав и катетер, поместить их в ёмкость для дезинфекции. 12. Обмыть кожу пациента вокруг стомы. 13. Закрепить новый калоприёмник.

Окончание процедуры. 1. Снять перчатки. Прозеинфицировать и утилизировать использованный материал. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Сделать запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.

Алгоритм бужирования стомы Подготовка процедуры. 1. Уточнить у лечащего врача вид оборудования и необходимость изменения плана ухода за стомой. 2. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться 3. в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. 4. Обеспечить возможность для соблюдения конфиденциальности, если процедура проходит в положение лёжа. 5. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 6. Надеть стерильные перчатки.

Выполнение процедуры. 1. Смазать указательный палец стерильным вазелиновым маслом. 2. Ввести осторожно палец в стому, повторяя движения: вперёд и назад. 3. Обработать кожу вокруг стомы. 4. Закрепить новый калоприёмник.

Окончание процедуры. 1. Снять перчатки. Прозеинфицировать и утилизировать использованный материал. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Сделать запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.

Особенности выполнения методики      Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики      Целесообразно обучить пациента и его родственников уходу за

стомой. Калоприёмник следует опорожнять по заполнении каловыми массами и газами или 1/3 объёма, в противном случае может нарушиться герметичность стыка вокруг стомы.

Оценка достигнутых результатов Пациент способен и демонстрирует со 100% точностью самостоятельное выполнение манипуляции. Пациент в комфортном состоянии, кожа вокруг стомы без видимых изменений. Пациент чувствует себя комфортно. Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения). Отсутствие осложнений. Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги. Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения процедуры.

Оформление медицинской документации Запись о результатах выполнения назначения в медицинской документации.

### **15. Постановка очистительной клизмы**

Алгоритм постановки очистительной клизмы

Цель: добиться отхождения каловых масс, газов.

Показания:

- подготовка пациента к рентгенологическому исследованию органов пищеварения, мочевого выделения, органов малого таза;
- подготовка пациента к эндоскопическому исследованию толстой кишки;
- запоры;
- подготовка перед постановкой лекарственной, питательной клизмы; подготовка к операции родам.

Противопоказания:

1. кровотечения из пищеварительного тракта;
2. острые воспаления и язвенные процессы в области толстой кишки и заднего прохода;
3. злокачественные новообразования прямой кишки;
4. первые дни после операции на органах пищеварительного тракта;
5. трещины в области заднего прохода;
6. выпадение прямой кишки.
7. боли в животе неустановленного генеза

Оснащение:

- стерильные: лоток, клизменный наконечник, салфетки, пинцеты;
- кружка Эсмарха;
- штатив;
- клеёнка;

- пелёнка;
- ёмкость с водой в количестве 1,5-2 литра;
- ёмкость с дезинфицирующим средством;
- водяной термометр;
- вазелин;
- салфетки малые;
- шпатель для смазывания наконечника вазелином;
- судно, туалетная бумага;
- спецодежда: латексные перчатки одноразовые, медицинский халат, клеенчатый фартук, сменная обувь;

Обязательные условия;

Температура воды, вводимой в кишечник, должна соответствовать следующим показаниям водного термометра:

- при атоническом запоре - 12 -20 градусов Цельсия;
- при спастическом запоре - 37 - 40 - 42 градуса Цельсия!

при запоре - 20 -25 градусов Цельсия.

Возможные осложнения:

Ожоги слизистой кишечника при введении слишком горячей воды.

Техника постановки очистительной клизмы.

В кружку Эсмарха наливают воду и, открыв кран, заполняют резиновую трубку, вытесняя воздух. Затем кран вновь закрывают и кружку подвешивают примерно на 1 м выше уровня кровати (кушетки). Больной ложится на левый бок, с согнутыми в коленях ногами, подтянув их к животу (в таком положении больного анальное отверстие становится доступнее, что облегчает введение наконечника). Под больного подкладывают клеенку, край которой опускают в таз.

Первым и вторым пальцами левой руки раздвигают ягодицы больного, а правой рукой вращательными то в одну, то в другую сторону осторожно вводят в прямую кишку на глубину 10-12 см, предварительно смазанный вазелином наконечник. Вначале (первые 3-4 см) наконечник вводят по направлению к пупку больного, а затем поворачивают соответственно просвету прямой кишки и продолжают введение параллельно копчику.

Последовательность именно такая, иначе можно проткнуть стенку прямой кишки. После введения наконечника открывают кран. Если вода не поступает, необходимо несколько выдвинуть наконечник и увеличить напор воды, подняв кружку выше. Если и это не помогает, наконечник извлекают и очищают от закупорившего его кала. В некоторых случаях в прямой кишке образуются очень плотные каловые комки, размыть которые не удастся. Их

удаляют указательным пальцем, предварительно надев резиновую перчатку (так называемая пальцевая "клизма"). При возникновении болей по ходу толстой кишки напор воды уменьшают.

После окончания введения жидкости в кишечник больной продолжает лежать, и ему предлагают удерживать жидкость, до тех пор пока позыв на дефекацию не станет весьма настойчивым. Заканчивается процедура тщательным обмыванием области заднего прохода теплой мыльной водой или под душем.

## **16.Применение (постановка) пузыря со льдом**

### **I. ПОДГОТОВКА К МАНИПУЛЯЦИИ:**

#### **1. Приготовьте оборудование:**

пузырь для льда,

лед в лотке.

ложка,

емкость водой (14-16°C).

полотенце

2. Объясните пациенту ход предстоящей процедуры, спросите согласие на проведение процедуры.

3. Заполните пузырь мелко наколотым льдом, долейте, вытесните воздух закрутите пробку.

### **II ВЫПОЛНЕНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ,**

1. Оберните пузырь со льдом полотенцем, и положите на нужный участок тела.

2. Через 20-30 минут обязательно снимите пузырь и сделайте перерыв на 10-15 минут.

### **III. ОКОНЧАНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.**

1. Уберите пузырь для льда, вылейте воду из него и продезинфицируйте пузырь. Спросите у больного о его самочувствии.

2. Вымойте руки.

## **17.Проведение контроля качества предстерилизационной очистки изделий медицинского назначения**

**Оснащение:** исходный раствор азопирама, приготовленный аптекой; 3% раствора перекиси водорода; марлевая салфетка; 1% изделий одного наименования, но не менее 3-5 штук; журнал учета результатов контроля предстерилизационной очистки; стекло с мазками крови.

| Этапы  | Обоснование                               |
|--|---|
| <b>Подготовка к манипуляции</b>  |   |
| 1. Приготовить рабочий раствор азопирама, смешивая равные объемы (1:1) исходного раствора азопирама и 3% раствора перекиси водорода, рабочий раствор пригоден к употреблению только в течение 1-2 часов. | Условие для соблюдения четкости в работе. |

|  |  |
|--|--|
| 2. Проверить активность рабочего раствора, капнув несколько капель на стекло с мазком крови.   | Контроль пригодности и активности рабочего раствора.   |
| <b>Выполнение манипуляции</b>  |  |
| 1. Нанести 3-4 капли рабочего раствора пипеткой в шприц в места соприкосновения с биологическими жидкостями, несколько раз реактив подвигать поршнем (изделия холодные, температурой не выше 25°C).  | Обеспечение проникновения рабочего раствора в места соединения. При более высокой температуре реактив разрушается. |
| 2. Экспозиция 0,5-1 минута.  | Если изменение цвета позже, чем через одну минуту, проба не засчитывается.   |
| 3. Раствор из шприца вытеснить на марлевую салфетку, наблюдая за цветом реактива.  |  |
| 4. Чтение пробы: Проба считается отрицательной, если цвет реактива не изменился; розово - сиреневое окрашивание появляется при наличии на изделии крови; буроватое окрашивание — при наличии окислителей хлорамина, хлорной извести, стирального порошка, отбеливателей, ржавчины. | Обеспечивается оценка результата. Контроль качества предстерилизационной очистки.                                  |
| <b>Завершение манипуляции.</b>   |  |
| 1. Независимо от результата пробы изделие промыть водой.   | Удаление токсических веществ.  |
| 2. При положительной пробе вся партия изделий подлежит повторной очистке.  |  |
| 3. Результаты пробы записать в журнал учета.   | Учет и преемственность.  |

## 18. Проведение первичных мероприятий на случай аварии при работе с кровью и другими биологическими жидкостями больного ВИЧ инфекцией

1. Выполнить меры экстренной профилактики заражения (удалить биоматериал, выполнить обработку пострадавшего участка, соответствующую уровню аварии).
2. Немедленно поставить в известность старшую медицинскую сестру отделения, заведующего отделением, а в ночное время и в выходные дни – дежурного врача.
3. Заполнить учетную документацию:
  - журнал регистрации медицинских аварий;
  - акт служебного расследования при возникновении аварийной ситуации;
  - написать собственноручно объяснительную в свободной форме, подробно изложив обстоятельства и причины произошедшего.

4. Сдать кровь на ВИЧ и маркеры гепатитов В и С сразу же после аварии.

5. В случае если пациент ВИЧ-инфицированный, прибыть в течение 72 часов в Центр СПИД, для назначения АРТ-терапии.

6. Диспансерное наблюдение, со сдачей крови на ВИЧ и маркеры гепатитов В и С через 3, 6 и 12 месяцев с момента аварии.

Состав аптечки «Анти – ВИЧ». Меры экстренной личной профилактики.

Состав аптечки «Анти – ВИЧ»:

- 70% этиловый спирт - 100мл.;
- 5% спиртовой раствор йода - 10мл.;
- стерильные марлевые салфетки;
- бактерицидный пластырь 3-4 шт.;
- запасная пара перчаток.

При повреждении кожи (порез, укол) - немедленно снять перчатки, вымыть руки с мылом под проточной водой, обработать руки 70%-м спиртом, смазать ранку 5%-м спиртовым раствором йода.

При попадании на кожу капле крови и других биологических жидкостей это место обрабатывают 70%-м спиртом, обмывают водой с мылом и повторно обрабатывают 70%-м спиртом.

При попадании инфицированного материала на слизистые оболочки глаз - немедленно промыть их большим количеством воды. Не тереть!

При попадании инфицированного материала на слизистую ротоглотки - рот и горло немедленно промыть большим количеством воды и прополоскать 70% спиртом.

Немедленно поставить в известность о получении травмы заведующего отделением, старшую сестру отделения (в ночное время - дежурного врача).

При попадании инфицированного материала на одежду, обувь; снять рабочую одежду и погрузить в дезинфицирующий раствор или в бикс (бак) для автоклавирования.

Кожу рук и других участков тела под загрязненной одеждой обработать 70% спиртом.

Обувь обработать двукратным протирающим ветошью, смоченной в растворе одного из дезинфицирующих средств.

При попадании биологических жидкостей на пол, стены, мебель, оборудование, загрязненное место залить дезинфицирующим раствором (выдержать время экспозиции), затем протереть ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе. Использованную ветошь сбросить в емкость с дезинфицирующим раствором.

## **19.Промывание желудка**

I.Подготовка к процедуре:

Представиться пациенту, объяснить пациенту ход и суть предстоящей процедуры (если это возможно) и получить согласие пациента (письменное не требуется).

Подготовить оснащение. Зонд желательно чтобы находился в морозильной камере не 1,5 часов до начала процедуры.

Вымыть и осушить руки.

Предложить или помочь пациенту сесть на стул, ближе к спинке. Если пациент не может занять положение «сидя на стуле», процедуру можно выполнить лежа на боку. При этом голова пациента расположена низко.

Измерить АД пациенту, подсчитать частоту его пульса. Снять зубные протезы у пациента (если они имеются).

Надеть фартук на пациента, дать в руки полотенце.

Медицинскому работнику надеть перчатки, фартук.

Поставить таз к ногам пациента или к головному концу кушетки, если положение пациента лежа.

Определить расстояние, на которое следует ввести зонд, рост минус 100 или измерить шелковой нитью расстояние от резцов до пупка плюс ширина ладони пациента. Перенести метку на зонд, начиная от закругленного конца.

Объяснить пациенту, что при введении зонда возможны тошнота и позывы на рвоту, которые можно подавить, если глубоко дышать через нос. Нельзя сдавливать просвет зонда зубами и выдергивать его.

## II. Выполнение процедуры.

Взять зонд в правую руку как «писчее перо» на расстоянии 10 см от закругленного конца. Встав сбоку пациента, предложить ему открыть рот, слегка запрокинуть голову назад. Смочить слепой конец зонда водой.

Примечание: 1) при неадекватном поведении пациента (при введении зонда с целью промывания желудка) следует использовать средства фиксации для рук и ног; голову фиксировать рукой; 2) для удержания рта пациента открытым – использовать роторасширитель.

Положить зонд на корень языка, попросить пациента сделать глотательные движения одновременно с продвижением зонда.

Наклонить голову пациента вперед и вниз и продвигать зонд медленно и равномерно до метки. При этом пациент глубоко дышит через нос. Если встретится сопротивление – остановиться и извлечь зонд. Повторить п.9

Убедиться, что зонд в желудке «воздушной пробой». Продвинуть зонд на 7-10 см.

Присоединить к зонду воронку, опустить ее ниже уровня желудка пациента.

Держа воронку слегка наклонно, заполнить ее водой.



Медленно поднять воронку выше уровня желудка так, чтобы вода поступала из воронки в желудок. Как только вода достигнет устья воронки, быстро опустить воронку ниже уровня желудка, чтобы воронка полностью наполнилась содержимым желудка.

При подозрении на отравление брать первую порцию промывных вод на исследование в стерильную емкость.

Осторожно вылить содержимое воронки в таз для промывных вод.

Повторить промывание несколько раз до чистых промывных вод.

III. Окончание процедуры.

По окончании процедуры отсоединить воронку, пациента уложить на бок, конец зонда опустить в таз на 15-20 минут. Затем пациента усадить на кушетку, пережать зонд перед его ртом и извлечь зонд через салфетку, смоченную дезинфицирующим средством.

Поместить зонд и воронку в контейнер с дезсредством, салфетку в контейнер с отходами класса Б.

Снять фартуки, погрузить их в непромокаемую емкость.

Помочь пациенту прополоскать рот, умыться, обтереть полотенцем, снять фартук, проводить в палату, тепло укрыть, наблюдать за состоянием.

Снять перчатки, положить в ёмкость с дезраствором.

Вымыть руки, обработать антисептиком или мылом, осушить их.

Написать направление и отправить емкость с промывными водами в бак. лабораторию. Остальные промывные воды засыпать дезсредством, а затем вылить в канализацию.

Сделать запись о выполненной манипуляции и реакции пациента.

Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики.

Если пациент находится в бессознательном состоянии, промывание проводится с помощью шприца Жанэ.

При отсутствии зонда начать промывание «стаканным методом»: предлагается выпить 6-8 стаканов воды и вызвать рвоту раздражением корня языка.

Возможно промывание желудка тонким зондом (0,3-0,5 см) введенным интраназально, при этом в шприц Жанэ набирается вода в объеме 0,5 л, вводится в желудок и аспирируется обратно этим же шприцем.

При уремии промывание проводится 2-4% раствором натрия гидрокарбоната.

При наличии в промывных водах крови проведение процедуры остановить для коррекции последующих действий

## **20.Регистрация электрокардиограммы**

Условия регистрации ЭКГ. Помещение, где регистрируют ЭКГ, должно быть защищено от электрических помех; желательно экранировать кушетку. Исследование проводят после 10—15-минутного отдыха пациента и не ранее чем через 2 ч после приема пищи. Грудная клетка и голени должны быть обнажены. ЭКГ записывают в положении пациента лежа на спине.

Наложение электродов. 4 пластинчатых электрода фиксируют к внутренней поверхности голени и предплечий с помощью резиновых лент, а на грудь устанавливают один или несколько грудных электродов в виде грушек-присосок. Для лучшего контакта кожи с электродами ее предварительно протирают спиртом (обезжиривают), а электроды покрывают специальной токопроводящей пастой (или подкладывают под них марлевые салфетки, смоченные 5—10 % раствором хлорида натрия, что хуже, так как прокладки быстро высыхают и резко увеличивается электрическое сопротивление кожи).

Подключение проводов к электродам. К каждому электроду присоединяют провод, идущий от электрокардиографа и маркированный определенным цветом: правая рука — красный, левая рука — желтый, левая нога — зеленый, правая нога (заземление пациента) — черный; грудной электрод — белый.

Выбор усиления и скорости лентопотяжки. Перед тем как начать запись ЭКГ, на всех каналах прибора устанавливают одинаковое усиление регистрируемого сигнала. Для этого на каждый канал подают стандартное калибровочное напряжение, равное 1 мВ. Подбирают такое усиление, чтобы этот калибровочный милливольт (мВ) вызывал отклонение гальванометра регистрирующей системы, равное 10 мм (при дальнейшем расчете вольтажа зубцов ЭКГ принимают  $10 \text{ мм} = 1 \text{ мВ}$ ).

ЭКГ регистрируют, как правило, при скорости движения бумаги 50 мм/с. Меньшую скорость (25 мм/с) используют при необходимости более длительной записи ЭКГ, например для диагностики нарушений ритма ЭКГ.

Запись электрокардиограммы. Вначале записывают ЭКГ в трех стандартных отведениях (1, 2, 3), затем в трех усиленных от конечностей (aVR, aVL, aVF) и в шести грудных (V<sub>1</sub>—V<sub>6</sub>). В каждом отведении регистрируют несколько (не менее 5) сердечных циклов. По окончании исследования на ленте записывают Ф. И. О. больного, возраст, дату исследования. Ленту разрезают в соответствии с отведениями и наклеивают на специальный бланк. Затем проводят анализ ЭКГ, пользуясь эталонными значениями.

О с н а щ е н и е : электрокардиограф, электроды, кушетка, 5—10 % раствор хлорида натрия спирт, вата, фильтровальная бумага. Исследование проводят на человеке.

С о д е р ж а н и е р а б о т ы Ознакомьтесь с устройством электрокардиографа и принципами его работы. Электрокардиограф включите в сеть (для прогрева) за 5 -10 мин до начала работы.

Испытуемого уложите на кушетку. Протрите спиртом участки кожи, к которым прикрепляются электроды (с целью их обезжиривания для уменьшения сопротивления). Закрепите электроды с помощью резинового бинта или зажимов на правой и левой руках и левой ноге.

Проведите калибровку прибора, для чего запишите милливольт (мВ). В зависимости от усиления, которое в приборе достигается продвижением ручки потенциометра, амплитуда колебаний писчика, а следовательно, и запись на бумаге будут различными. Постепенно увеличивая усиление, кратковременно нажимайте на кнопку калибратора прибора; записывайте амплитуду колебаний писчика до тех пор, пока она не будет равна 10 мм (это международный стандарт усиления: 1 мВ=10 мм).

Установив усиление, запишите ЭКГ последовательно в трех стандартных отведениях. В каждом отведении зарегистрируйте 5 – 10 сердечных циклов.

Оформление протокола

1. Зарегистрируйте электрокардиограмму.
2. Отметьте на полученной электрокардиограмме все её функциональные элементы.
3. Проанализируйте электрокардиограмму и сделайте по ней заключение:

Рассчитайте величины основных элементов ЭКГ, сравните их с принятыми стандартными величинами

### **21.Скелетное вытяжение (уход)**

После проведения операции больного укладывают на шину Беллера.

Необходимо:

контролировать уход за кожей в местах проведения спицы;

следить за положением больного в постели;

осуществлять общий уход за больным (кормление, гигиенические процедуры, подача судна со стороны поврежденной конечности);

осуществлять профилактику пневмоний;

осуществлять профилактику пролежней.

Следить за постелью больного, чтобы не было складок и крошек.

При наличии скелетного вытяжения передвинуть, переложить больного для смены постельного белья и т. д. крайне сложно, так как, кроме вытяжения, требуется еще одно условие для эффективности лечения: неподвижность области перелома. Так что все манипуляции: гигиенические процедуры, подача судна, смена постельного и нательного белья должны производиться с минимальными изменениями положения области перелома. Чрезвычайно трудна в таких условиях переноска больного, которую надо осуществлять вместе с шиной и грузом без смещения отломков в области перелома кости.

Все это означает, что больной со скелетным вытяжением требует особенно тщательного наблюдения медицинского персонала. Вокруг мест введения спицы не должно быть признаков воспаления. Участок кости, через который проведена спица, не должен смещаться, он должен находиться в центре спицы и удерживаться фиксаторами. Конечность больного не должна упираться в спинку кровати, а груз – опускаться на пол, так как при этом вытяжение прекращается.

Больной со скелетным вытяжением, как и больной с гипсовой повязкой, должен быть тщательно укрыт одеялом. Чтобы оно не цеплялось за концы спиц, на их загнутые концы следует надеть пробки.

## **22.Термометрия общая**

Измерение температуры тела. Цель. Выявление пациентов с температурой; наблюдение за течением заболевания.

Показания к измерению температуры тела. Всем пациентам в стационаре температура тела измеряется 2 раза в сутки: утром после сна с 7.00 до 9.00, вечером после тихого часа с 16.00 до 17.00. Здоровым людям измеряют температуру при плохом самочувствии с целью выявления заболевания.

Оснащение. Максимальный медицинский термометр; температурный лист; бумага для температурного списка; карандаш: простой или черный и красный; 2 % раствор хлорамина.

Алгоритм измерения температуры тела.

1. Определяют показания ртутного столба максимального медицинского термометра и стряхивают ртутный столб до отметки ниже +35 °С.
2. Через белье пациента пальпируют область подмышечной впадины. Спрашивают больного, нет ли болезненности при пальпации. Если была отмечена боль, осматривают область. Если есть внешние проявления воспаления (покраснение, отек), то выбирают другое место измерения. При пальпации пот впитывается в белье пациента, а подмышечная впадина высушивается.
3. Ставят термометр узким концом в подмышечную впадину, располагают руку пациента к туловищу так, чтобы резервуар с ртутью со всех сторон соприкасался с телом.
4. Оставляют термометр на 10 мин, попросив пациента лежать или сидеть спокойно. Детям или тяжелобольным необходимо поддерживать руку, приведенную к туловищу.
5. Через 10 мин извлекают термометр, снимают с него показания.
6. Фиксируют показания в общем температурном списке в виде цифровой записи и в температурном листе истории болезни графически в виде ломаной линии, соединяющей последовательно отмеченные точки показаний утренней и вечерней температуры.
7. После использования термометр сразу же замачивают на 5 мин, полностью погрузив в 2 % раствор хлорамина в сосуде, дно которого выстлано марлей. Затем термометр промывают проточной холодной водой, сушат и хранят сухим.

## **23.Техника обработки рук**

Цель: достичь стерильности рук медицинской сестры для снижения риска инфицирования раны при случайном повреждении стерильных перчаток во время работы.

Показания:

- необходимость накрытия стерильного стола;
- участие в операции, пункции и при другом хирургическом вмешательстве;

- участие в родах.

#### Противопоказания:

- наличие на руках и теле гнойничков;
- трещины и ранения кожи;
- кожные заболевания.

#### Оснащение:

- Мыло жидкое в дозаторе;
- Песочные часы – 1 мин, 3 мин;
- 0 – 30 мл кожного спиртового антисептика;
- Стерильный лоток с корнцангом;
- Стерильный бикс с целевой укладкой.

Обязательные условия: использовать только спиртосодержащие кожные антисептики. Выполнение процедуры достигается с помощью помощника, подающего стерильный материал из стерилизационных коробок, диспенсеров с мылом и спиртовым раствором антисептика.

#### Техника хирургической обработки рук

##### Этап Обоснование

##### Подготовка к процедуре

- 1) Выполнить обязательные условия для достижения эффективного мытья и обеззараживания рук, проверить целостность кожи пальцев рук Возможно наличие мацерации кожи (повреждение эпидермиса), что препятствует деконтаминации рук
- 2) Вымыть руки простым способом См. социальный уровень мытья рук
- 3) Установить стерилизационную коробку (бикс), проверить ее годность, сроки стерилизации, соблюдая стерильность, открыть бикс, проверить индикаторы на стерильность, готовность к работе, надеть стерильную косынку, маску Соблюдаются меры инфекционной безопасности и контроля

##### Выполнение процедуры

1. Вымыть руки на гигиеническом уровне в течение 1 мин Проводится деконтаминация кистей рук и 2/3 предплечья
2. Вытереть руки стерильным полотенцем из бикса в направлении от ногтевых фаланг до локтя Промокательными движениями сначала правой рукой, затем левой сухим концом полотенца постепенно перекладывая его, вытереть фаланги пальцев одной руки, затем другой, наружные, затем внутренние поверхности кистей рук, 1/3 предплечья, затем 2/3 предплечья, заканчивая локтями

3. Обработать руки спиртовым раствором антисептика в течение 3 мин, соблюдая последовательность действий Используются дозирующие устройства предупреждающие контаминацию раствора

Завершение процедуры

1. Надеть стерильную одежду однократного применения и перчатки

2. Использованные предметы убирает помощник Обеспечить инфекционную безопасность

#### **24. Уход за дренажом**

Стол перевязочный (при выполнении манипуляции в положении лежа)

Фонендоскоп

Система для дренирования грудной клетки.

Аппарат для отсоса (монтируемый на стену или портативный).

Мини-спайк (фильтр-пробка) для флакона.

Пластырь шириной 5 см.

Емкость для сбора извлекаемой жидкости (аппарат Боброва, одноразовый контейнер, система по Бюлау).

Зажим

Пинцет

Стерильные ножницы

Стерильный шпатель

Лоток

Патентованная клеевая повязка. Антисептик для промывания дренажа.

Спирт этиловый 70 5 мл\*.

Стерильный физиологический раствор 0.9% - 500 мл.

Стерильный гипертонический раствор.

Повидон-йод.

Спирт 70%.

Перекись водорода 3%

Перчатки нестерильные.

Пластырь шириной 5 см.

Стерильные перчатки

Салфетки стерильные

Бинт.

Фартук.

Маска.

Полотенце.

Секундомер или часы с секундомером

Шпатель

Стул (при выполнении манипуляции в положении сидя)

## **25. Уход за сосудистым катетером**

### **I. Подготовка к процедуре.**

1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата. В случае отсутствия такового, уточнить дальнейшие действия у врача.
2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
3. Подготовить и доставить в палату манипуляционный столик, с размещенным на нем необходимым оснащением.
4. Предложить пациенту занять или помочь ему занять удобное положение: лежа на спине, без подушек, голову отвернуть в противоположную катетеру сторону.
5. Освободить от одежды место установки катетера.
6. Набрать в шприц объем 5 см 5,0 мл физиологического раствор или 2 мл гепаринизированного раствора.
7. Надеть нестерильные перчатки.

### **II. Выполнение процедуры**

8. Попросить пациента сделать вдох, задержать дыхание.
9. Снять заглушку и положить ее на стерильную салфетку, находящуюся в стерильном лотке.
10. Соединить шприц с катетером, (пациент может дышать) и ввести раствор.

Примечание: до введения раствора убедитесь, что катетер находится в сосуде: потянуть легко поршень на себя (появилась кровь), ввести содержимое шприца. При затруднении прохождения раствора при нажатии на поршень организовать вызов врача.

11. Обработать заглушку и конец катетера кожным антисептиком, попросить пациента сделать вдох-выдох, задержать дыхание и закрыть заглушкой катетер. Пациент может дышать.
12. Убедиться, что катетер закреплен.

### **III. Завершение процедуры**

13. Снять использованные перчатки и положить в непромокаемый пакет/непрокальваемый контейнер.
14. Доставить использованный материал в процедурный кабинет для дальнейшей дезинфекции и утилизации.
15. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
16. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию

Примечание: промывание катетера производится 2 раза в сутки (утро/ вечер) и после каждого введения лекарственного средства в катетер.