

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		1 стр из 84

**Медицинский колледж при АО «Южно-Казахстанская
медицинская академия»**

ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Дисциплина: "Основы сестринского дела"
Специальность: 09130200 - "Акушерское дело"
Квалификация: 4S09130201 - "Акушер"

Курс: 1

Семестр: 2

Форма итогового контроля: экзамен

Общая трудоемкость часов / кредитов: КЗ: 144 / 6

Аудиторные занятия: 24

Шымкент, 2023 г.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		2 стр из 84

Лекционный комплекс составлен на основе рабочей учебной программы по дисциплине "Основы сестринского дела"

Преподаватель: Мәди Ә.Қ.

Специальность: 09130200 - "Акушерское дело"

Квалификация: 4S09130201 - "Акушер"

Лекционный комплекс составлен на заседании кафедры «Сестринское дело-2»

« 1 » 09 2023 г.

Протокол № 1

Заведующая кафедрой «Сестринское дело-2»  Айбекова Г.Н.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		3 стр из 84

Лекция №1

4.1. Тема: Введение. Философия сестринского дела. Основы медицинской этики и деонтологии.

4.2. Цель:

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Научиться качественно ухаживать за больными;
- Профилактика ВБИ (внутрибольничных инфекций).

4.3. Тезисы лекции:

Одно из наиболее широко распространённых в настоящее время определений понятия «философия»: философия – это наука о взаимодействии субъекта и объекта и об изменениях отношений между ними, возникающих в результате этого взаимодействия.

С началом реформы сестринского дела активно используется понятие «философия сестринского дела» - «выраженный в понятиях дух этой профессии, определение её миссии в обществе, а также лежащий в её основе системы ценностей».

Философия и сестринское дело. Какая связь между ними? Зачем сестринскому делу философия? И что такое философия сестринского дела?

Впервые в нашей стране были даны определения таких ключевых в сестринском деле терминов, как «сестра», «пациент», «сестринское дело», «окружающая среда». Были определены отношения взаимодействия, возникающие между указанными субъектами и объектами. Наконец, сформулированы этические ценности, которыми должна обладать профессиональная сестра. Мы приводим полный текст этого документа.

«Философия сестринского дела является частью общей философии и представляет собой систему взглядов на взаимоотношения между сестрой, пациентом, обществом и окружающей средой. Она основана на общечеловеческих принципах этики и морали. В центре этой философии находится человек. Сестринское дело опирается на древнюю традицию, целью которой является удовлетворение человеческих потребностей в защите здоровья и окружающей среды.

Основными принципами философии сестринского дела являются уважение к жизни, достоинству и правам человека. Мы верим в священный дар жизни и в связи с этим рассматриваем каждую отдельную личность как единое целое с ее внутренними возможностями к росту и развитию физическому, философскому, социальному, культурному, интеллектуальному и духовному.

Реализация принципов философии сестринского дела зависит от взаимодействия сестры и общества. Эти принципы предусматривают ответственность сестры перед обществом (в том числе и перед пациентом) и ответственность общества перед сестрой. Общество признает важную роль сестринского дела в системе здравоохранения, регламентирует и поощряет его посредством издания законодательных актов.

Целью сестринского дела является осуществление сестринского процесса.

Сестра стремится выполнять свою работу профессионально, уважая и охраняя достоинство пациента, его автономию и гармонию с обществом и социальными потребностями.

Современное сестринское дело является наукой и искусством.

Сестра является специалистом, который обладает знаниями и умениями, несет ответственность за процесс ухода и проявляет милосердие. Сестра — уникальная, общественно активная личность, которая совершенствует свои профессиональные, психологические и душевные качества для того, чтобы обеспечить пациенту оптимальный уход. Сестра действует как независимо, так и в сотрудничестве с другими профессиональными работниками сферы здравоохранения с тем, чтобы удовлетворить потребности общества и отдельных пациентов в защите здоровья.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		4 стр из 84

Обязательства сестер включают в себя уважение к пациентам и право их на самостоятельность. В соответствии с этим она действует, исходя из принципов: не причинить вреда, делать добро, уметь сотрудничать и быть преданной как профессии, так и пациенту. Сестринское дело не имеет ограничений по национальным, расовым признакам, возрасту, полу, политическим или религиозным убеждениям, социальному положению.

Потребность в сестринском уходе универсальна, она необходима человеку от рождения до смерти. Оказывая помощь пациенту, сестра старается создать атмосферу уважительного отношения к его этическим ценностям, обычаям и духовным убеждениям. Сестра сохраняет конфиденциальность в интересах пациента, оберегает информацию, если она не противоречит его здоровью и здоровью общества.

Сестра принимает участие в решении экологических проблем.

Современные сестры обращаются за вдохновением к опыту прошлого, опыту основоположников сестринского движения, подвижничеству таких легендарных личностей, как Флоренс Найтингейл, Екатерина Бакунина, Дарья Севастопольская и др.

Сестры оптимистично смотрят в будущее и развивают сестринское дело как науку и искусство.

Фундаментальные понятия сестринского дела

Согласно международной договоренности, философия сестринского дела базируется на 4 основных понятиях:

1. пациент как личность;
2. сестринский уход как наука и искусство;
3. окружающая среда;
4. здоровье.

Ниже приведены определения терминов.

Пациент — человек (индивид), который нуждается в сестринском уходе и получает его.

Сестринское дело - часть медицинского ухода за здоровьем, специфическая, профессиональная деятельность, наука и искусство, направленные на решение существующих и потенциальных проблем со здоровьем в условиях изменения окружающей среды.

Окружающая среда - совокупность природных, социальных, психологических и духовных факторов жизнедеятельности человека.

Здоровье—динамическая гармония личности с окружающей средой, достигнутая посредством адаптации.

Помимо 4 основных понятий необходимо знать определения и других, существенных для сестринского дела.

Человек—целостная, динамическая саморегулирующаяся биологическая система, совокупность физиологических, психосоциальных и духовных нужд, удовлетворение которых определяет рост, развитие, слияние с окружающей средой.

Сестра-специалист с профессиональным образованием, разделяющий философию сестринского дела и имеющий право ни сестринскую работу.

Этические компоненты как основа философии сестринского дела

Этическими элементами философии сестринского дела являются этические обязанности, ценности и добродетели (совершенства).

Сестра, разделяющая принятую философию сестринского дела, принимает на себя следующие этические обязанности:

- говорить правду;
- делать добро;

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	044-80/11 () 5 стр из 84

- не причинять вреда;
- уважать права пациента;
- уважать обязательства других (членов бригады);
- держать слово;
- быть преданной;
- уважать право (пациента) на самостоятельность.

Этическими ценностями (на которых также основана философия), определяющими цели, к которым стремится сестра, являются:

- профессионализм;
- здоровье;
- здоровая окружающая среда;
- независимость;
- человеческое достоинство;
- забота (уход).

Добродетели (совершенство) определяет личные качества, которыми должна обладать хорошая медицинская сестра.

Добродетели — это черты характера, которые располагают человека к хорошим поступкам:

- сострадание;
- милосердие;
- терпение;
- целеустремленность.

Если кто-то выбирает профессию медицинской сестры, он принимает на себя обязанность придерживаться тех ценностей, на которых основана философия сестринского дела. Этический кодекс медицинской сестры России, принятый в 1996 г. Ассоциацией медицинских сестёр России, отражает современные этические принципы, нормы и стандарты, обязательные в профессиональной деятельности медицинских сестёр.

Основными принципами ухода являются:

- обеспечение безопасности пациента;
- конфиденциальность;
- уважение к пациенту и поддержание его чувства собственного достоинства;
- общение;
- поддержание независимости пациента;
- обеспечение инфекционной безопасности.

Принимая философию ухода, медицинская сестра должна осуществлять уход в рамках этих принципов.

Этический кодекс Международного Совета сестер

Этические принципы, сформулированные представителями Национальной сестринской ассоциации, определяют этический кодекс медицинских сестер в каждой из стран, который представлен также в этическом кодексе Международного Совета сестер.

Полный текст этого кодекса.

Этические основы сестринского дела

На сестру возложены 4 основные обязанности: сохранять здоровье, предотвращать заболевания, восстанавливать здоровье и облегчать страдания.

Потребность в работе сестры универсальна. Сестринское дело подразумевает уважение к жизни, достоинству и правам человека. Оно не имеет ограничений по национальным и расовым признакам, по признаку вероисповедания, цвета кожи, возраста, пола, политического или социального положения.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		6 стр из 84

Сестры оказывают медицинскую помощь лицам, семьям и обществу, координируют свою деятельность с работой других групп.

Сестра и пациенты

Основную ответственность сестра несет перед теми, кто нуждается в ее помощи.

Оказывая помощь, сестра старается создать атмосферу уважительного отношения к этическим ценностям, обычаям и духовным убеждениям пациента.

Сестра хранит полученную конфиденциальную личную информацию и делится ею с большой осторожностью.

Сестра и практика

На сестре лежит личная ответственность за осуществление сестринского дела на практике и за постоянное повышение квалификации.

Сестра старается выполнять работу на самом высоком уровне, возможном в данной ситуации.

Сестра принимает взвешенные решения о личной компетенции, давая и беря на себя поручения.

Выполняя профессиональные обязанности, сестра должна постоянно вести себя так, чтобы не подорвать доверие к профессии.

Сестра и общество

Сестра, как и другие граждане, несет ответственность за осуществление и поддержку мер, направленных на удовлетворение общественных запросов в области здравоохранения.

Сестра и сотрудники

Сестра поддерживает отношения сотрудничества с другими медсестрами и с теми, с кем ей приходится работать.

Сестра принимает необходимые меры для безопасности пациента, если его состоянию угрожает опасность со стороны сотрудников или других людей.

Сестра и ее профессия

Сестра играет главную роль в определении и воплощении желательных стандартов сестринской практики и специального образования;

Сестра принимает активное участие в развитии профессиональных знаний.

Сестра, работая в профессиональной организации, участвует в разработке и обеспечении справедливых социальных и экономических условий работы.

Определение понятий «этика», «биоэтика», «медицинская тайна»

В современной медицине область этических вопросов обозначается различными терминами: «врачебная этика», «медицинская этика», «медицинская деонтология», «биоэтика», «биомедицинская этика».

"Ethos" - обычай, нрав. Этика изучает нравственность, то есть нормы поведения людей, их моральные отношения.

Разладами в коллективе можно навредить больному. В коллективе должна быть такая атмосфера, которая способствовала бы и хорошей работе медицинского персонала, скорейшему выздоровлению больных. В противном случае госпитализация может не помочь пациенту и даже нанести вред. Чтобы этого не случилось, очень важна работа медсестры, контакт между пациентом и медсестрой. Сестра может прекрасно выполнять свои профессиональные обязанности, достигнет автоматизма в работе, прекрасно делает инъекции и т.д., но за всем этим нет пациента. А она должна находиться при больном, понять его, уметь хранить тайны, вызывать доверие. Доверие - это путь к выздоровлению. Если пациент верит в сестру и врача, он чувствует себя в безопасности, знает, что получит все, что необходимо для восстановления своего здоровья.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		7 стр из 84

Биоэтика - направление социально-философской мысли, ставящее своей задачей изучение нравственно-этических, социально-политических и гуманитарных аспектов биологических наук.

Биоэтика - (от греч. bios - жизнь и ethikos - этика, мораль, обычаи) - наука о нравственной стороне жизнедеятельности. Биоэтика или этика жизни является разделом прикладной этики - философской дисциплины, которая изучает проблемы морали, прежде всего, относительно человека и всего живого, определяет, какие действия по отношению к живому с моральной точки зрения допустимы, а какие недопустимы.

Основным моральным принципом биоэтики становится принцип уважения прав и достоинства человека.

Основополагающими принципами биомедицинской этики являются:

- принцип гуманности, уважения человеческого достоинства личности;
- принцип уважения моральной автономии личности;
- принцип благодеяния;
- принцип справедливости.

Врачебная тайна — медицинское, правовое, социально-этическое понятие, представляющее собой запрет медицинскому работнику сообщать третьим лицам информацию о состоянии здоровья пациента, диагнозе, результатах обследования, самом факте обращения за медицинской помощью и сведений о личной жизни, полученных при обследовании и лечении. Запрет распространяется также на всех лиц, которым эта информация стала известна в случаях, предусмотренных законодательством.

Этические аспекты врачебной тайны

Врачебная тайна как составная и обязательная часть медицинской деятельности является одним из важнейших принципов в деонтологии и профессиональной медицинской этике. Этические нормы общества предполагают, что каждый человек должен сохранять тайну, доверенную ему другим лицом. Однако, особое значение понятие «тайны» имеет в области медицины, где тесно соприкасаются и переплетаются сведения о больном, его настоящем состоянии здоровья и перспективах, а зачастую и о будущем человека (сможет ли он остаться на своём рабочем месте по окончании заболевания, станет ли инвалидом и т. д.). Многие факты личной жизни в процессе лечения передаются пациентом врачу как необходимые для лечебно-диагностического процесса, поэтому взаимоотношения между людьми в обществе существенно отличаются от отношений по линии «врач и больной». Есть сведения, что понятие «врачебной тайны» зародилось в Древней Индии, где в доверительных отношениях лекаря и пациента действовал афоризм: «Можно страшиться брата, матери, друга, но врача — никогда!». Начиная с древних времен врач клялся хранить тайну и соблюдать это обещание.

Правовые аспекты врачебной тайны

В отличие от других понятий деонтологии врачебную тайну характеризует и то, что она одновременно относится к правовым понятиям: сохранность врачебной тайны гарантируется государством и обеспечивается законодательно путем закрепления определенных запретов и юридической ответственности за её разглашение. Юридические основы защиты врачебной тайны закладывают статьи 23 и 24 Конституции РФ, в соответствии с которыми каждый гражданин имеет право на личную тайну, а использование и распространение информации о частной жизни лица без его согласия не допускаются. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ в статье 13 определяет понятие «врачебной тайны». Он же относит врачебную тайну к основным принципам охраны здоровья граждан и определяет обстоятельства, при которых допускается передача сведений, составляющих

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		8 стр из 84

врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, с согласия гражданина или его законного представителя, а также без такого согласия.

Ответственность за разглашение профессиональной медицинской тайны, во-первых, распространяется на весь круг лиц, обязанных её хранить, а во-вторых, в зависимости от тяжести наступающих последствий она может быть от дисциплинарной (замечание до уголовной).

Сестринская деонтология

Этические элементы принятой философии и раньше считались незаменимыми для сестринской практики. Моральные и нравственные качества медсестры всегда имели не меньшее значение в ее профессиональной деятельности, чем мануальные навыки.

Специфика медицины, существенно отличающая ее от других видов человеческой деятельности, заключается, прежде всего, в необходимости постоянного, каждодневного, ежечасного общения сестры с пациентом. При этом следует помнить, что человек, имеющий проблемы со здоровьем, по характеру своего мышления, глубине переживаний, силе психоэмоционального напряжения, по отношению к самому себе и окружающим, как правило, существенно отличается от человека, у которого таких проблем нет. Болезнь, особенно длительная, хроническая, для многих людей представляет тяжелую психическую травму, которая приводит не только к ухудшению физического состояния и самочувствия, но и к серьезным сдвигам в психоэмоциональной сфере. Пациент, доверяющий сестре свое здоровье, а нередко и свою жизнь, хочет, как можно скорее получить эффективную сестринскую помощь. Он должен быть уверен не только в высоком профессионализме сестры, но и в ее порядочности, честности, доброте, милосердии, чуткости и отзывчивости. Поэтому уже с древних времен общество предъявляло особые требования именно к моральным, нравственным качествам сестринского персонала. И сестра берет на себя определенные моральные обязательства по отношению к пациенту, обществу, коллегам.

Частью сестринской этики является деонтология. Этот термин был впервые использован Кантом и происходит от греческого «деон»-долг. Деонтология рассматривает, как, с точки зрения сестринской этики, должна поступать сестра в конкретных ситуациях, возникающих в процессе ее профессиональной деятельности.

Впервые основной деонтологический принцип сформулировал Гиппократ (460—377 гг. до н. э.): «Должно обращать внимание, чтобы все, что принимается, приносило пользу». Он писал: «Лицо, посвятившее себя медицине, должно обладать следующими качествами: бескорыстием, скромностью, целомудрием, здравым смыслом, хладнокровием...».

Какие же качества необходимы медицинской сестре для ее профессиональной деятельности?

«Любовь и забота — лучшее лекарство», — писал Парацельс. Эти же качества, обязательные для сестринского персонала, выделяет и И. Харди в книге «Врач, сестра, больной» (1981): «Нежность, ласковость, терпение и вежливость—вот составные элементы хорошего стиля работы, в них выражается заботливость, внимание и любовь сестры к своим больным».

На наш взгляд, точнее всего принципы сестринской этики и деонтологии отражены в клятве, которую дают выпускники сестринских школ во многих странах. Это клятва Флоренс Найтингейл:

Особенности медицинской деонтологии

Человек, приходящий на прием к врачу либо поступающий на лечение в стационар, оказывается в непривычной среде, избыточно отрицательно влияющей на его состояние факторами, которые называются миелогениями.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	044-80/11 ()
Лекционный комплекс	9 стр из 84

Предупредить появление миелогений возможно путем создания благоприятной обстановки в лечебном учреждении. Это зависит также от самого пациента, окружающих его больных и от медперсонала.

Эгогения – отрицательное влияние на состояние больного, которое создает он сам.

Причины, способствующие развитию эгогений, весьма разнообразны: подавленное психоэмоциональное состояние больного, религиозные предрассудки, предубеждения в отношении болезней и возможностей медицины, страх смерти, боязнь предстоящего медицинского обследования и многое другое.

Возникновению и закреплению эгогений нередко способствует прочитанная больным медицинская литература или материал бездумно построенной санитарно-просветительной беседы.

Эргогения – неблагоприятное влияние одних больных на других в процессе их общения.

Уместно упомянуть о так называемых несовместимых больных. Например, нежелательно поступление больного в палату, где длительно и не совсем успешно лечится другой пациент с аналогичным заболеванием.

Медицинская сестра должна хорошо знать обстановку в отделении, чтобы вовремя предупредить отрицательное влияние некоторых больных на микроклимат в палате.

Ятрогения – болезненное состояние пациента, обусловленное деятельностью врача.

Ятрогении можно подразделить на три группы:

1. Ятропсихогении – отрицательные влияния на психику больного.
2. Ятрофармакогении – болезненные состояния, обусловленные действием на организм человека лекарственных средств.
3. Ятрофизиогении – болезненные состояния, обусловленные воздействием на организм человека физических факторов (механических, термических и др.) вследствие проведения диагностических и лечебных мероприятий.

Ятрофизиогении могут возникать практически при всех лечебных и диагностических манипуляциях.

Ятрогении могут возникать как следствие различных причин, вызываемых не только действием врача, но и в результате деятельности среднего и младшего персонала.

Глоссарий

Философия сестринского дела – это наука о взаимодействии субъекта и объекта, об изменениях отношений между ними, возникающих в результате этого взаимодействия

Пациент – человек, который нуждается в сестринском уходе и получает его.

Этические обязанности – как должна действовать медсестра.

Этические ценности – цели, к которым стремится медсестра.

Этические добродетели – личные качества, которыми должна обладать хорошая медсестра.

Деонтология – практическая часть медицинской этики, это наука о профессиональном долге по отношению к больным и здоровым.

Эгогения – отрицательное влияние на пациента, которое он создает сам.

Эргогения – неблагоприятное влияние одних пациентов на других в процессе их общения.

Ятропсихогения – отрицательное влияние на психику пациента.

Ятрогения – заболевания, вызванное неосторожно высказанным словом.

Милосердие – моральное обязательство творить добро.

Справедливость – моральное обязательство обращаться с людьми справедливо и беспристрастно.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	044-80/11 ()
Лекционный комплекс	10 стр из 84

Конфиденциальность - моральное обязательство уважать секреты и конфиденциальную информацию.

Автономность - моральное обязательство уважать личность человека и его право принимать решения.

Долг – центральная категория медицинской этики, определяющая, как должностную, так и нравственную стороны профессиональной деятельности.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Методы клинического исследования.

2. Основы медицинской этики и деонтологии.

2-лекция

4.1. Тема: Основные виды, структура и организация работы медицинских учреждений.

4.2. Цель:

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Научиться качественно ухаживать за больными;
- Профилактика ВБИ (внутрибольничных инфекций).

4.3. Тезисы лекции:

Структура медицинских организаций определяется медико-техническим заданием (заданием на проектирование) с учетом их профиля и мощности. Часть подразделений в структуре медицинской организации может отсутствовать при передаче соответствующих функций централизованным организациям (диагностический центр, центральное стерилизационное отделение, лабораторный центр, прачечная, пищеблок, клининговая служба, патолого-анатомическое отделение и др.).

Медицинские организации, предназначенные непосредственно для пациентов, подразделяют на две группы: стационарные и амбулаторно- поликлинические, В составе медицинских организаций со стационаром могут быть следующие структурные подразделения: стационары, консультативно-диагностические отделения, лечебные отделения, вспомогательные, хозяйственные, служебно-бытовые, помещения клинических кафедр, дневные стационары.

Консультативно-диагностические и лечебные подразделения целесообразно проектировать централизованными с возможностями использования их как стационарными, так и амбулаторными больными. Для этого должны быть предусмотрены отдельные входы и ожидальные. В организациях до 150 коек вход и ожидальная могут быть общими, но с разделением использования по времени.

К амбулаторно-поликлиническим организациям относятся: ФАПы, СВА, офисы врачей общей практики, территориальные, ведомственные и специализированные поликлиники, диспансеры, медицинские центры, центры восстановительного лечения без стационаров.

В составе амбулаторно-поликлинических организаций могут быть следующие структурные подразделения: отделения амбулаторно-поликлинического приема, консультативно-диагностические, лечебные отделения, дневные стационары, вспомогательные (в том числе отделения помощи на дому), хозяйственные, служебно-бытовые.

Медицинское учреждение — лечебно-профилактические и другие виды заведений, в которых людям, в том числе с какими-либо заболеваниями, оказываются медицинские услуги: диагностика, лечение, реабилитация после перенесенных болезней.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		11 стр из 84

первичного уровня (учреждения первичного контакта с населением) — фельдшерские пункты, здравпункты, фельдшерско-акушерские пункты, офисы врачей общей практики, подстанции/станции скорой медицинской помощи, амбулатории, поликлиники, травмпункты, женские консультации, отделы производственной санитарии на предприятиях, розничные аптеки и т. д.;

второго уровня — учреждения амбулаторного обслуживания имеющие возможность оказания специализированной медицинской помощи, имеющие в своём составе стационары больницы, госпитали, многопрофильные медицинские центры, клиники медицинских вузов и т. д. (к примеру, хирургические, травматологические, психиатрические, неврологические, педиатрические, неонатологические, инфекционные и другие специализированные и многопрофильные учреждения);

третьего уровня — оказывающие специализированную высокотехнологичную медицинскую помощь узкоспециализированные медицинские центры, в том числе научные, больницы, клиники медицинских НИИ и т. д. (к примеру, центры сердечно-сосудистой хирургии, ожоговые центры, НИИ травматологии и ортопедии, противозобные диспансеры).

При этом в организациях и учреждениях более высокого уровня, при необходимости, может оказываться и помощь нижестоящего уровня.

виду оказания медико-санитарной помощи

профилактические (медико-профилактические): отделы производственной санитарии предприятий, центры медицинской профилактики, санитарно-эпидемиологические станции, дезинфекционные станции и организации, центры гигиены и эпидемиологии, отделы, центры, управления госсанэпиднадзора, противочумные учреждения и т. д.

лечебно-профилактические: здравпункты, травмпункты, больницы, госпитали, клиники, центры планирования семьи, родильные дома, многопрофильные медицинские центры, диспансеры, центры профилактики ВИЧ-инфекции, санатории, профилактории, станции и больницы скорой медицинской помощи, центры медицины катастроф и т. д.

лечебно-реабилитационные, медико-социальные и другие специальные учреждения: лечебно-реабилитационные центры, центры МСЭК (ВТЭК), судебно-медицинские, патологоанатомические (морги) и т. д.

медицинского снабжения: аптеки, аптечные склады, станции переливания крови и т. д.

В свою очередь, некоторые из них могут включать подразделения различного вида и профиля.

Терапевтические медицинские учреждения объединяют учреждения, занимающиеся лечением, профилактикой и медицинским осмотром населения старше 15 лет, в некоторых случаях, и населения с момента рождения, в состав входят больницы и поликлиники. В поликлиниках имеются отделения участковых врачей, а также врачей специализированных — хирургов, невропатологов, окулистов, психиатров, фтизиатров, эндокринологов. Как правило, поликлиники являются отделениями при больницах. Основные формы лечения в больницах стационар — пациент иногда находится в местах вневрачебного пребывания, а также амбулатория — пациент не находится в местах врачебного пребывания. В больницах имеются отделения реанимации, интенсивной терапии, хирургии, отоларингологическое, неврологическое, гинекологическое, андрологическое, онкологическое. Также имеются кафедры ВУЗов и научных учреждений. Имеются санпропускник, регистратура больных. В систему терапевтических медицинских учреждений входят также Медсанчасти и медпункты предприятий, Учреждения медобслуживания на транспорте, ж/д.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		12 стр из 84

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Методы клинического исследования.
2. Основы медицинской этики и деонтологии.

Ф3-лекция

4.1. Тема : Инфекционная безопасность. Безопасная больничная среда в медицинских организациях. Санитарно-противоэпидемический режим.

4.2. Цель:

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Научиться качественно ухаживать за больными;
- Профилактика ВБИ (внутрибольничных инфекций).

4.3. Тезисы лекции:

Санитарные правила "Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дезинфекции, дезинсекции и дератизации"

Глава 1. Общие положения

1. Настоящие Санитарные правила "Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дезинфекции, дезинсекции и дератизации" (далее – Санитарные правила) устанавливают санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дезинфекции, дезинсекции и дератизации для всех субъектов независимо от формы собственности.

2. В настоящих Санитарных правилах используются следующие понятия:

1) текущая дезинфекция – дезинфекция, которая проводится с установленной для каждой нозологической формы регулярностью, пока больной находится в очаге заболевания;

2) гнус – объединенное название группы кровососущих летающих насекомых (комаров, слепней, мошек, мокрецов, москитов), причиняющих вред здоровью человека;

3) полевая дезинсекция – уничтожение кровососущих насекомых и клещей за пределами населенного пункта с целью общего снижения их численности или создания защитных зон вокруг мест пребывания людей;

4) полевая дератизация – уничтожение грызунов с целью снижения их численности и предотвращения развития эпизоотий опасных для людей заболеваний;

5) дезинфекция – комплекс специальных мероприятий, направленных на уничтожение возбудителей инфекционных и паразитарных заболеваний во внешней среде;

6) дезинфекционное оборудование – аппараты и установки, предназначенные для проведения дезинфекции, предстерилизационной очистки, стерилизации, дезинсекции и дератизации;

7) дезинфекционные средства (далее – дезсредства) – химические и биологические средства, предназначенные для проведения дезинфекции (дезинфицирующие средства), предстерилизационной очистки, стерилизации (стерилизационные средства), дезинсекции (дезинсекционные средства), дератизации (дератизационные средства), а также репеллентные средства и педикулициды;

8) дезинсекция – комплекс профилактических и истребительных мероприятий по уничтожению насекомых и членистоногих в целях защиты от них человека, животных, помещений и территории;

9) дератизация – комплекс профилактических и истребительных мероприятий, направленных на уничтожение или снижение числа грызунов;

10) дезинфекция высокого уровня – дезинфекция, при которой уничтожаются все патогенные и условно-патогенные микроорганизмы, а количество спор снижается;

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 13 стр из 84

- 11) имаго – взрослая (половозрелая) стадия развития членистоногих;
 - 12) инсектициды (акарициды, инсектоакарициды) – средства (препараты), химической природы, используемые для уничтожения насекомых и клещей;
 - 13) камерная дезинфекция – дезинфекция и дезинсекция в дезинфекционных камерах;
 - 14) барьерная дератизация – создание защитной полосы шириной не менее 200 метров вокруг постоянных или временных населенных пунктов, а также в местах отдыха населения, оздоровительных учреждений для уничтожения грызунов с использованием любых из существующих методов (физический, химический, биологический) с целью предупреждения миграций грызунов, переносчиков инфекций;
 - 15) поселковая дезинсекция – уничтожение вредных насекомых, клещей и других членистоногих в пределах населенного пункта;
 - 16) поселковая дератизация – уничтожение грызунов в жилых помещениях (зданиях), надворных постройках, животноводческих, производственных, складских и прочих помещениях, а также на открытой территории в пределах населенного пункта;
 - 17) режим применения – совокупность норм, характеризующих применение дезинфекционного средства, включая концентрацию действующего вещества в используемой препаративной форме, расход препарата, время обработки, кратность и площадь обработок, использование вспомогательных веществ и методов;
 - 18) заключительная дезинфекция – дезинфекция, которая проводится в очаге после госпитализации, изоляции, выздоровления или смерти больного;
 - 19) дезинфекция среднего уровня – дезинфекция, при которой происходит уничтожение бактерий (в том числе микобактерии туберкулеза), вирусов (в том числе полиовирусов), грибов, но не происходит уничтожение спор;
 - 20) очаг – место пребывания больного инфекционным или паразитарным заболеванием с окружающей его территорией в тех пределах, в которых возбудитель инфекции способен передаваться от больного к восприимчивым людям;
 - 21) очаговая дезинфекция – дезинфекция, проводимая в очагах в целях профилактики и (или) ликвидации инфекционных и паразитарных заболеваний;
 - 22) препаративная форма – форма выпуска и (или) использования дезинфекционных средств;
 - 23) репеллентные средства – химические средства, отпугивающие членистоногих или грызунов;
 - 24) родентициды (ратициды) - препараты (средства), предназначенные для борьбы с грызунами;
 - 25) стерилизация – полное уничтожение всех видов возбудителей, в том числе спор, путем воздействия на них физическим, химическим, термическим или смешанными способами;
 - 26) дезинфекция низкого уровня – дезинфекция, при которой происходит уничтожение бактерий, некоторых грибов, вирусов, но не эффективная в отношении таких устойчивых бактерий, как микобактерии туберкулеза.
3. Проведение дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных мероприятий осуществляется согласно статье 152 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" (далее - Кодекс).
4. К работе с дезсредствами допускаются совершеннолетние лица, не имеющие противопоказаний по состоянию здоровья. Специалисты, привлекаемые к работе с дезсредствами (дезинструктор, дезинфектор, дератизатор), каждые 5 лет проходят профессиональную подготовку по дезинфекции, дезинсекции, дератизации и ежегодно -

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	044-80/11 () 14 стр из 84

инструктаж по вопросам безопасного осуществления работ, оказания первой доврачебной помощи при отравлении дезинфицирующими средствами.

5. Хранение и транспортировка дезинфицирующих средств проводится согласно пункту 3 статьи 156 Кодекса.

6. Дезинфицирующие средства хранятся в таре (упаковке) поставщика с указанием наименования средства, его назначения, срока годности на этикетке. Тарная этикетка сохраняется в течение всего периода хранения (использования) дезинфицирующего средства.

7. Для проведения дезинфекции, дезинсекции и дератизации применяются средства, разрешенные к применению на территории Республики Казахстан и Евразийского экономического союза. Опасность дезинфицирующих средств устанавливается согласно классификации опасности средств дезинфекции, дезинсекции, дератизации, указанной в приложении 1 к настоящим Санитарным правилам. Условия применения дезинфицирующих средств определяются степенью их опасности:

1) не допускается использование в закрытых помещениях чрезвычайно опасных средств (1 класс);

2) не допускается использовать в организациях образования, организациях образования для детей-сирот, детей оставшихся без попечения родителей, организациях здравоохранения, на объектах общественного питания и в жилых помещениях высокоопасные средства (2 класс). На других объектах допускается их применение только обученным персоналом в отсутствие других людей с последующим обязательным проветриванием и уборкой (2 класс);

3) умеренно опасные средства (3 класс) допускаются для использования обученным персоналом в помещениях любого типа и населением в быту, но с обязательной регламентацией условий применения (расход препарата, режим проветривания, уборка);

4) мало опасные средства (4 класс) разрешаются для использования без ограничения сфер применения.

8. В случае истечения срока годности, наличия признаков непригодности (изменение цвета, наличие посторонних элементов) дезинфицирующие средства списываются и уничтожаются.

Глава 2. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дезинфекции

9. Дезинфекция в помещениях методами орошения, опыливания, протирания препаратами, обладающими раздражающим действием и вызывающими аллергические реакции, проводится при отсутствии других людей.

10. Расход дезинфицирующих средств при обеззараживании отдельных объектов рассчитывается согласно нормам планирования дезинфицирующих средств при обеззараживании отдельных объектов, указанных в приложении 2 к настоящим Санитарным правилам.

11. Текущая дезинфекция в очаге инфекционного заболевания проводится в период с момента выявления больного до госпитализации, при лечении на дому - до выздоровления, у реконвалесцентов и бактерионосителей - до полной санации.

12. Текущую дезинфекцию организует медицинский работник организации здравоохранения и проводится лицом, ухаживающим за больным, реконвалесцентом или бактерионосителем.

13. Заключительную дезинфекцию проводят дезинфекционные станции или дезинфекционные отделы (отделения), государственные организации, осуществляющие деятельность в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 15 стр из 84

14. Заключительная дезинфекция осуществляется в очагах инфекционных и паразитарных заболеваний в течение суток с момента госпитализации, изоляции, выздоровления или смерти больного.

15. Заявка на проведение заключительной дезинфекции в очагах инфекционных заболеваний подается по телефону специалистом государственного органа санитарно-эпидемиологической службы в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения в отделы (отделения) государственных организаций, осуществляющих деятельность в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, дезинфекционные станции, противочумные учреждения после изоляции, госпитализации больного, изменения диагноза, смерти.

16. Расчет потребности организации здравоохранения в дезинфекционных средствах проводится согласно приложению 3 к настоящим Санитарным правилам.

17. Удовлетворительная оценка соблюдения режимов дезинфекции и стерилизации определяется по следующим показателям:

1) высеивание непатогенной микрофлоры с объектов контроля не более чем 5 процента (далее – %) отобранных бактериологических смывов, взятых не позже 50 минут после текущей дезинфекции;

2) соблюдение концентрации растворов дезинфицирующих средств рекомендуемой инструкциями по применению;

3) выявление неудовлетворительных экспресс-проб на остаточное количество дезинфицирующих веществ не более чем в 5 % от числа поставленных проб каждого вида;

4) соответствие тестового бактериологического контроля режиму камерной дезинфекции;

5) отсутствие положительных проб на остаточное количество крови;

6) отсутствие положительных проб на остаточное количество щелочных компонентов синтетических моющих веществ и остатков масляных лекарственных средств;

7) соответствие режима стерилизации, отсутствие нестерильного материала (полное уничтожение вегетативных и споровых форм микроорганизмов).

18. Качество текущей дезинфекции в очагах оценивается специалистами территориальных подразделений ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения с применением лабораторных методов не менее чем в 5 % очагов, забором не менее 10 бактериологических смывов из одного очага, 1 пробы (сухого вещества), 1 пробы рабочего раствора дезинфицирующих средств.

19. Качество дезинфекции считается удовлетворительным, если количество положительных смывов на наличие непатогенной микрофлоры составляет не более 3 % от числа отобранных смывов, количество отрицательных экспресс-проб на наличие остаточного количества дезинфицирующего средства составляет не более 5 %, число неудовлетворительных анализов дезинфицирующих растворов составляет не выше 5 % от числа отобранных проб.

20. При высеивании патогенной микрофлоры после проведения заключительной дезинфекции, последняя считается неудовлетворительной и проводится повторно с последующим контролем качества дезинфекции.

21. Оценка качества организации работы по заключительной дезинфекции определяется по следующим показателям:

1) охват обработкой инфекционных очагов от числа подлежащих заключительной дезинфекции – не менее 95 %;

2) своевременность проведения заключительной дезинфекции - не менее 95 % (выполнение заключительной дезинфекции в инфекционных очагах в течение суток с момента госпитализации или изоляции больного из организованного коллектива);

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		16 стр из 84

3) охват камерной дезинфекцией – не менее 95 %, от числа подлежащих очагов;

4) охват очагов контролем качества заключительной дезинфекции:

при визуальном осмотре – не менее 10 % от общего количества проведенных дезинфекций. С применением лабораторных методов – не менее чем в 10 % всех очагов в период от 1 до 3 часов после окончания дезинфекции.

22. Для оценки качества дезинфекции на объектах здравоохранения проводятся:

1) качество дезинфекции проводится путем отбора смывов с предметов и оборудования в стационарах из расчета 0,3% смыва на одну койку, но не менее 30 смывов, в амбулаторно-поликлинических организациях из расчета 0,2% смыва на одно посещение;

2) исследование проб дезинфицирующих средств, рабочих растворов дезинфицирующих средств не менее 2 проб разного вида. При отборе проб отмечаются дата отбора пробы, дата приготовления дезинфицирующего раствора, его концентрация, цель применения;

3) эффективность работы дезинфекционных камер осуществляется путем закладки в трех плоскостях камеры по 5-10 бактериальных (химических) тестов в зависимости от ее типа и объема. Оценка качества стерилизации проводится при соблюдении условий стерилизации, стерильности изделий медицинского назначения и воздушной среды.

23. Воздух в помещениях стационаров (отделений) хирургического профиля обеззараживается следующими способами:

1) воздействие ультрафиолетовым излучением с помощью открытых и комбинированных бактерицидных облучателей, применяемых при отсутствии людей, и закрытых облучателей, в том числе рециркуляторов, позволяющих проводить обеззараживание воздуха в присутствии людей;

2) воздействие аэрозолями дезинфицирующих средств в отсутствие людей с помощью специальной распыляющей аппаратуры (генераторы аэрозолей) при проведении заключительной дезинфекции;

3) воздействие озоном с помощью установок – генераторов озона в отсутствие людей при проведении заключительной дезинфекции и генеральных уборок;

4) применение антимикробных фильтров.

24. После выписки пациента из стационара проводится камерная дезинфекция постельных принадлежностей. Матрацы и подушки, находящиеся в наглухо зашитых гигиенических чехлах, обеззараживаются путем протирания и орошения чехлов дезинфицирующими средствами.

25. Оценка качества дезинфекции, стерилизации, подготовка биологических тестов осуществляются государственными организациями, осуществляющими деятельность в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Глава 3. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дезинфекции, предстерилизационной очистки, стерилизации и хранению изделий медицинского назначения

26. Медицинское оборудование и изделия медицинского назначения (далее – ИМН) по степени контакта с организмом человека и риска инфицирования пациента подразделяются на три группы:

1) критические ИМН – инструменты и оборудование, непосредственно контактирующие с тканями, полостями или кровеносным руслом человека;

2) полукритические ИМН – инструменты и оборудование, контактирующие с неповрежденными слизистыми оболочками;

3) некритические ИМН – инструменты, оборудование и предметы ухода, контактирующие с неповрежденным кожным покровом.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		17 стр из 84

Критические ИМН подвергаются стерилизации, полукритические – дезинфекции высокого и среднего уровней, некритические – дезинфекции среднего и низкого уровней.

27. Дезинфекция и предстерилизационная обработка ИМН проводятся согласно приложениям 4 и 5 к настоящим Санитарным правилам.

28. На объектах здравоохранения используется шовный материал, выпускаемый в стерильном виде. Обработка и хранение шовного материала в этиловом спирте не допускается.

29. При подготовке к использованию наркозно-дыхательной аппаратуры используют специальные бактериальные фильтры, предназначенные для оснащения указанной аппаратуры. Установку и замену бактериальных фильтров осуществляют в соответствии с инструкцией по применению конкретного бактериального фильтра. Для заполнения резервуаров увлажнителей используется стерильная дистиллированная вода. Съемные детали аппаратов дезинфицируют так же, как ИМН из соответствующих материалов.

30. Предметы ухода за пациентами дезинфицируют следующими способами:

1) способом протирания тканевой салфеткой, смоченной раствором дезинфицирующего средства;

2) способом погружения в раствор дезинфицирующего средства с последующим промыванием водой;

3) возможно использование моющих дезинфицирующих установок, разрешенных для применения в установленном порядке.

31. Стерилизация ИМН проводится путем обработки химическим методом (путем погружения в растворы стерилизующих средств), плазменным (на основе перекиси водорода), паровым (воздействием водяным насыщенным паром под избыточным давлением), воздушным методом (сухим горячим воздухом) стерилизации, указанным в приложении 6 к настоящим Санитарным правилам.

32. Оценка качества стерилизации ИМН проводится согласно приложению 7 к настоящим Санитарным правилам.

33. При проведении дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации растворами химических средств ИМН погружают в рабочий раствор дезинфицирующего средства (далее – раствор) с заполнением каналов и полостей. Разъемные изделия погружают в разобранном виде, инструменты с замковыми частями замачивают раскрытыми, сделав этими инструментами в растворе несколько рабочих движений.

34. Объем раствора для проведения обработки должен быть достаточным для обеспечения полного погружения ИМН, при этом объем раствора над изделиями должен быть не менее одного сантиметра (далее – см).

35. После дезинфекции ИМН многократного применения отмываются от остатков дезинфицирующего средства в соответствии с инструкцией (методическими рекомендациями) по его применению.

36. Оценку качества проведения предстерилизационной очистки ИМН проводят ежедневно. Контролю подлежат: в стерилизационном отделении – 1 % от каждого наименования изделий, обработанных за смену; при децентрализованной обработке – 1 % одновременно обработанных изделий каждого наименования, но не менее трех единиц, с указанием даты проведения проб, наименования и количества обработанных изделий, количества проверенных изделий, результата пробы, фамилии, имени и отчества проводившего пробы.

37. Стерилизации подвергают ИМН, контактирующие с раневой поверхностью, кровью (в организме пациента или вводимой в него) и (или) инъекционными препаратами,

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	044-80/11 () 18 стр из 84

а также отдельные виды медицинских инструментов, которые в процессе эксплуатации соприкасаются со слизистой оболочкой или вызывают ее повреждение.

38. Паровым методом стерилизуют ИМН, детали приборов, аппаратов из коррозионнотойких металлов, стекла, белье, перевязочный материал, ватные шарики, изделия из резины, латекса и отдельных видов пластмасс.

39. Воздушным методом стерилизуют ИМН, детали приборов и аппаратов, в том числе изготовленные из коррозионно-нестойких металлов, изделия из силиконовой резины. Перед стерилизацией воздушным методом изделия после предстерилизационной очистки высушиваются в сушильном шкафу при температуре 85 градусов Цельсия (далее - оС) до исчезновения видимой влаги. Сушильные шкафы для стерилизации воздушным методом не используются.

40. Химический метод стерилизации с применением растворов химических средств применяют для стерилизации изделий, в конструкции которых использованы термолabileльные материалы, не позволяющие использовать другие методы стерилизации. Во избежание разбавления рабочих растворов, погружаемые в них ИМН используются в сухом виде. При стерилизации растворами химических средств все манипуляции проводят строго соблюдая правила асептики: используют стерильные емкости для стерилизации и стерильную воду для отмывания изделий от остатков химических средств.

41. Плазменным методом, используя стерилизующие средства на основе перекиси водорода в плазменных стерилизаторах, стерилизуют хирургические, эндоскопические инструменты, эндоскопы, оптические устройства и приспособления, волоконные световодные кабели, зонды и датчики, электропроводные шнуры и кабели, другие изделия из металлов, латекса, пластмасс, стекла и кремния.

42. Гласперленовые стерилизаторы применяются в стоматологических организациях (кабинетах) для стерилизации боров и мелких инструментов при полном погружении их в среду нагретых стеклянных шариков. Гласперленовые стерилизаторы не используются для стерилизации рабочих частей более крупных стоматологических инструментов, которые невозможно полностью погрузить в среду нагретых стеклянных шариков.

43. Инфракрасным методом стерилизуют стоматологические инструменты из металла. Газовым методом стерилизуют изделия из различных, в том числе термолabileльных материалов, используя в качестве стерилизующих средств окись этилена, формальдегид, озон. Перед стерилизацией газовым методом с изделий после предстерилизационной очистки удаляют видимую влагу.

44. При паровом, газовом, воздушном и плазменном методах изделия стерилизуют в упакованном виде, используя бумажные, комбинированные и пластиковые стерилизационные упаковочные материалы, а также пергамент и бязь (в зависимости от метода стерилизации и инструкцией по их применению). Стерилизацию осуществляют в соответствии с режимами применения средств для стерилизации конкретных групп изделий, а также согласно инструкциям по эксплуатации стерилизаторов.

45. При паровом методе, кроме того, используют стерилизационные коробки с фильтрами. При воздушном и инфракрасном методах допускается стерилизация инструментов в неупакованном виде (в открытых лотках), после чего их сразу используют по назначению.

46. Все стоматологические кабинеты обеспечиваются изделиями медицинской техники и медицинского назначения в количестве, достаточном для бесперебойной работы с учетом времени, необходимого для их обработки между манипуляциями у пациентов: на каждое рабочее место врача-стоматолога - не менее чем 6 наконечников (из них двумя угловыми, двумя прямыми, двумя турбинными), на каждое посещение - индивидуальный

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 19 стр из 84

смотровой стоматологический комплект, состоящий из набора инструментов (лоток, зеркало стоматологическое, пинцет зубохирургический, зонд стоматологический), пакет с ватными валиками, пакет с пинцетом (для работы со стерильными инструментами, необходимыми для каждого пациента), на каждую местную анестезию - стерильный карпульный шприц с одноразовой иглой.

47. Хранение изделий, простерилизованных в упакованном виде, осуществляют в шкафах, рабочих столах. Сроки хранения указываются на упаковке и определяются видом упаковочного материала согласно инструкции по его применению.

48. Стерилизация изделий в неупакованном виде допускается только при децентрализованной системе обработки в следующих случаях:

- 1) при стерилизации ИМН растворами химических средств;
- 2) при стерилизации металлических инструментов термическими методами (гласперленовый, инфракрасный, воздушный, паровой) в портативных стерилизаторах. Все изделия, простерилизованные в неупакованном виде, используются сразу по назначению. Перенос их из кабинета в кабинет не допускается.

49. Инструменты, простерилизованные в неупакованном виде одним из термических методов, после стерилизации допускается хранить в бактерицидных (оснащенных ультрафиолетовыми лампами) камерах в течение срока, указанного в руководстве по эксплуатации оборудования, а в случае отсутствия таких камер - на стерильном столе не более 6 часов.

50. ИМН, простерилизованные в стерилизационных коробках, допускается использовать не более чем в течение 6 часов после их вскрытия.

51. Бактерицидные камеры, оснащенные ультрафиолетовыми лампами, применяются только с целью хранения инструментов для снижения риска их вторичной контаминации микроорганизмами в соответствии с инструкцией по эксплуатации. Такое оборудование с целью дезинфекции или стерилизации изделий не применяется.

52. При стерилизации химическим методом с применением растворов химических средств отмытые стерильной водой простерилизованные изделия используют сразу по назначению или помещают на хранение в стерильную стерилизационную коробку с фильтром, выложенную стерильной простыней, на срок не более 3 суток.

53. До накрытия стерильного стола помещения процедурных и манипуляционных подвергаются текущей уборке, включаются бактерицидные облучатели на расчетное время в соответствии с инструкцией по эксплуатации оборудования. Все манипуляции по накрытию стерильного стола проводят в стерильном халате, маске и перчатках с использованием стерильных простыней. Отмечается дата и время накрытия стерильного стола. Стерильный стол накрывают на 6 часов. Не использованные в течение этого срока материалы и инструменты со стерильного стола направляют на повторную стерилизацию.

54. При проведении медицинских манипуляций для обработки области тела используются стерильные ватные или марлевые шарики, смоченные антисептическим раствором или стерильные одноразовые антисептические салфетки. Не допускается использование простерилизованных ИМН с истекшим сроком хранения после стерилизации.

55. Оценка стерилизации включает правильную работу стерилизаторов, проверку значений параметров режимов стерилизации и оценку ее эффективности. Проверку работы стерилизаторов проводят физическим (с использованием контрольно-измерительных приборов), химическим (с использованием химических индикаторов) и бактериологическим (с использованием биологических индикаторов) методами. Параметры режимов стерилизации контролируют физическим и химическим методами.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 20 стр из 84

Эффективность стерилизации оценивают на основании результатов бактериологических исследований при контроле стерильности ИМН.

56. Стерилизаторы подлежат бактериологическому контролю после их установки (ремонта), а также в ходе эксплуатации не реже двух раз в год в порядке производственного контроля.

57. Техническое обслуживание, гарантийный и текущий ремонт стерилизаторов осуществляют специалисты сервисных служб.

58. Оценка работы паровых и воздушных стерилизаторов осуществляется физическими, химическими и бактериологическими методами с использованием химических и биологических тестов, термохимических индикаторов.

59. Физическим и химическим методами осуществляется оценка параметров режима работы паровых и воздушных стерилизаторов в процессе стерилизационного цикла, бактериологическим методом оценивается эффективность работы стерилизатора.

60. Оценка работы стерилизаторов проводится специалистами организации здравоохранения при каждой его загрузке.

61. Средства измерений стерилизационного оборудования подвергаются проверке в порядке, установленном Законом Республики Казахстан от 7 июня 2000 года "Об обеспечении единства измерений".

62. Территориальными подразделениями ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения осуществляется проверка эффективности работы стерилизаторов.

63. При проведении проверки температуры стерилизатора, тесты (химические тесты, термохимические индикаторы и биологические тесты) упаковывают в пакеты из упаковочной бумаги со стерилизуемым материалом и размещают согласно расположению контрольных точек и рецептуре химических тестов для проверки температурных параметров режима работы паровых и воздушных стерилизаторов, указанных в приложении 8 к настоящим Санитарным правилам.

64. Каждая партия стерилизуемого материала регистрируется в журнале с указанием марки, номера стерилизатора, времени стерилизации, режима стерилизации, результатами тест – контроля. Паспорт стерилизатора, акты, протоколы проверки технического состояния стерилизаторов и эффективности стерилизации хранятся у ответственного лица на объектах здравоохранения.

65. Эндоскопы, используемые при нестерильных эндоскопических манипуляциях (введение эндоскопов через естественные пути в полости организма, имеющие собственный микробный пейзаж), непосредственно после использования подлежат предварительной очистке, окончательной очистке, дезинфекции высокого уровня и хранению в условиях, исключающих вторичную контаминацию микроорганизмами.

Эндоскопы, используемые при стерильных эндоскопических манипуляциях (введение через их каналы стерильных инструментов, используемых при хирургических вмешательствах, введение эндоскопов в стерильные полости, контакт с раневой поверхностью, кровью), непосредственно после использования подлежат предварительной очистке, предстерилизационной очистке, стерилизации и хранению в условиях, исключающих вторичную контаминацию микроорганизмами.

Дезинфекция, предстерилизационная очистка и стерилизация эндоскопов и инструментов к ним проводятся согласно приложению 9 к настоящим Санитарным правилам.

66. Ответственность за организацию, качество стерилизации и дезинфекции ИМН возлагается на руководителя объектов здравоохранения.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 21 стр из 84

67. Физический метод контроля работы стерилизаторов осуществляют с помощью средств измерения температуры (термометр, термометр максимальный), давления (манометр) и учета времени стерилизации. Параметры режима работы стерилизатора проверяются в течение всего цикла стерилизации, проводимой в соответствии с паспортом аппарата.

68. Химический метод контроля осуществляют с помощью химических тестов и термохимических индикаторов. Окончание стерилизации визуально определяется по изменению цвета индикаторов.

69. Бактериологический метод контроля осуществляют с помощью биологических тестов, содержащих дозированное количество спор микробов. Биологические тесты готовятся бактериологическими лабораториями, имеющие разрешение режимной комиссии на работу с микроорганизмами I-IV групп патогенности.

70. По окончании стерилизации биологические тесты помещают в полиэтиленовый пакет и в тот же день доставляют в бактериологическую лабораторию на санитарно-микробиологическое исследование.

71. К работе с паровыми стерилизаторами допускаются лица старше восемнадцати лет, прошедшие инструктаж по соблюдению требований безопасности при работе с паровым стерилизатором.

72. Паровой стерилизатор устанавливается на расстоянии 0,8 метра (далее – м) от стен, шкафные стерилизаторы – на расстоянии 1,5 м. Пол в помещении покрывается материалом, не проводящим ток.

73. Каждый электрический стерилизатор присоединяется к электросети через рубильник или автоматический выключатель. Рубильник или автоматический выключатель устанавливаются на расстоянии 1,6 м от пола и не далее 1 м от парового стерилизатора. К этому рубильнику или автоматическому выключателю другие потребители электроэнергии не подключаются.

74. Не используются в качестве заземления водопроводные трубы сети центрального отопления, канализации, трубопроводы горючих или взрывчатых веществ, заземлители молниеотводов.

75. Не допускается проведение в стерилизаторах каких-либо работ, не связанных со стерилизацией медицинских изделий, а также хранение в помещении посторонних предметов, загромождающих и загрязняющих помещение.

76. Вход в помещение во время работы стерилизаторов разрешается только обслуживающему персоналу и лицам, осуществляющим контроль за эксплуатацией стерилизаторов.

77. В каждом помещении, где установлена стерилизационная аппаратура, на видном месте располагаются правила по ее эксплуатации.

78. Помещение автоклавной обеспечивается естественным освещением, приточно-вытяжной вентиляцией, фрамугами или форточками. Дверь в помещение во время работы стерилизатора не запирается.

79. Каждый паровой стерилизатор оснащается предохранительным клапаном и исправным запломбированным манометром, имеющим класс точности не менее двух с половиной и такую шкалу, чтобы предел измерения рабочего давления находился во второй трети шкалы.

80. Не допускается к применению манометр при отсутствии пломбы на клейме, просроченном сроке поверки, разбитом стекле или других повреждениях.

81. Обслуживающий персонал выполняет требования по режиму работы и безопасному обслуживанию паровых стерилизаторов, своевременно проверяет исправность контрольно-измерительных приборов и предохранительных устройств.

Глава 4. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дезинсекции

82. Дезинсекционные работы на объектах начинаются с их предварительного обследования на наличие насекомых, определения видов, выявления мест заселенности и численности.

83. Показателем эффективности проведенных дезинсекционных работ считается приrost освобожденной от насекомых площади, а при борьбе с мухами – отсутствие личинок, куколок и снижение численности.

84. Дезинсекция проводится в производственных, жилых помещениях, зданиях, сооружениях, на транспорте, на территории городских и сельских поселений, прилегающих к ним участках открытой природы, включая водоемы, а также места естественного обитания синантропных членистоногих и грызунов.

85. Для борьбы с кровососущими насекомыми применяются следующие виды дезинсекции:

- 1) экологические – поддержание соответствующего санитарного состояния окружающей среды для предупреждения их размножения;
- 2) гидротехнические – осушение заболоченностей, реконструкция оросительных систем;
- 3) биологические – использование бактериальных препаратов, личинкоядных рыб (ларвифагов);
- 4) физические – использование нефтепродуктов, жиров и прочих;
- 5) химические – использование веществ, синтезированных химическим способом.

86. Применяются три типа дезинсекционной обработки против насекомых и других членистоногих:

- 1) сплошная обработка – проводится во всех помещениях, заселенных целевыми видами насекомых и на прилегающих территориях;
- 2) барьерная обработка – создание защитных зон вокруг определенной территории;
- 3) микроочаговая обработка – дезинсекция в очаге инфекционных заболеваний и на прилегающей к нему территории.

87. Перед широкомасштабным применением инсектицида проводится предварительное (полупроизводственное) испытание его в местных условиях с целью отработки минимальных, но обеспечивающих эффект дозировок с учетом климатических условий.

88. Сроки проведения профилактических обработок определяют исходя из специфики местных условий и данных энтомологического мониторинга. Кратность обработок против насекомых (тараканы, мухи, муравьи, клопы, блохи) проводится в зависимости от заселенности объекта; против мух и комаров (при затопленных, сырых, влажных подвальных помещениях, при высоком уровне грунтовых вод, при аварийных ситуациях в канализационной сети) в аварийных помещениях и зонах отдыха проводится по санитарно-эпидемиологическим и энтомологическим показаниям.

Кратность дезинсекционных мероприятий на объектах пищевой промышленности, общественного питания и продовольственной торговли проводится 1 раз в месяц, в детских учреждениях, на объектах здравоохранения, на объектах коммунального назначения проводится 1 раз в 3 месяца и по показаниям.

89. Показателем для начала обработок служит массовое появление в водоемах личинок 2-го возраста и первых личинок 3-го возраста. Кратность определяется количеством восстановлений численности личинок и периодом их активности.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 23 стр из 84

90. Мероприятия по уничтожению личинок малярийных комаров проводят во всех анофелогенных водоемах, находящихся на территории населенных пунктов 1-й степени опасности возобновления малярии, а также в радиусе 3-5 километров (далее - км) вокруг них.

91. Обработки против мошек проводят при массовом появлении личинок средних возрастов. В тех местах, где мошки имеют одну генерацию, ограничиваются 1-2 обработками в сезон; при наличии двух и более генераций - от 4-х и более обработок. Обследование подлежащих обработке водоемов и энтомологические обследования проводят один раз в 5-10 дней.

92. Объект относят к "освобожденным от насекомых", если насекомые не наблюдаются в течение месяца ни в одном из помещений. При обнаружении даже единичных живых насекомых объект переводится в категорию "заселенных" и проводится повторная обработка. Заселенность насекомыми зданий (или встроенных объектов) считается высокой, если отдельные насекомые и их скопления обнаружены более чем, на 20 % площади объекта. В этом случае обязательна сплошная обработка помещений.

93. В случае выявления неэффективности обработок, они проводятся повторно за счет исполнителя.

94. Обработка против комаров проводится непосредственно перед их вылетом с зимовок или перед вылетом первой генерации, в отапливаемых подвальных помещениях обработка проводится круглогодично.

95. Основным мероприятием в борьбе с мухами является обработка мест их выплода. Для уничтожения личинок и куколок мух почва обрабатывается ларвицидами на расстоянии 30-50 см и более до 80 см от краев мусоросборников, не канализованных уборных, асфальтированных площадок, окружающих санитарно-дворовые установки, скоплений навоза.

96. Регулярные деларвационные (направленные против личинок и куколок мух) работы начинаются весной при появлении личинок I и II стадий первой летней генерации и продолжаются в течение всего летнего периода. Для уничтожения личинок и куколок мух в мусоре, навозе и почве инсектициды используются в виде растворов, эмульсий для лучшего проникновения их в обрабатываемый субстрат.

97. При проведении обработок открытых территорий против экзотических видов, компонентов гноса проводится деларвация всех прибрежных водоемов, мест массового выплода как на территории защищаемого объекта (населенный пункт, место работы большого коллектива людей), так и вокруг него (защитная зона). Ширина защитной зоны в зависимости от ландшафта, зарастаемости территории растительностью, дальности разлета гноса имеет радиус от 1 до 6 км и более.

98. Критерием оценки эффективности выполненных противомушиных мероприятий является сезонный показатель численности комнатных и экзотических видов мух.

99. Учет численности проводится один раз в 3-10 дней в течение суток в период активности мух, в помещениях учет численности проводится с помощью липких лент из расчета 1 на 20 квадратных метра (далее – м²), в местах выплода – выловом в сетчатые мухоловки. Эффективность считается удовлетворительной при отсутствии окрыленных мух, при численности в среднем не более 1 экземпляра на 1 стандартный липкий лист (за сутки). Для участков с преобладающей индивидуальной застройкой при отсутствии канализации и для сельской местности – 3-5 экземпляров.

100. Определение эффективности мероприятий проводят путем учета численности окрыленных мух, а также личинок и куколок в местах выплода. Учету подлежит не менее 5 % обслуживаемых объектов в населенном пункте.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 24 стр из 84

101. Дезинсекционные мероприятия прекращаются, если насекомых не обнаруживают при контролях всеми методами в течение месяца после обработок.

102. Эффективность дезинсекционных мероприятий на объектах от комаров осуществляется в сроки, определяемые используемым дезсредством, типом обрабатываемых поверхностей. Учет ведется в течение 20 минут "методом открытых рук".

103. Основным показателем эффективности противочиночных мероприятий является численность крылатых комаров в защищенных объектах, обнаружение на 5-7 сутки после обработок личинок и комаров имаго допускается не более 1 особи крылатых комаров на 1 м² подвала.

104. Критерием оценки эффективности противогнусовых и противоклещевых мероприятий на открытых территориях, обработки нор грызунов при создании защитных зон является гибель не менее 80 % насекомых (клещей) через сутки после обработки при 100 % охвате территории, подлежащей дезинсекции.

105. Показателем эффективности дезинсекции в отношении подвальных комаров являются отсутствие на 3-5 сутки после обработок живых личинок в пробах и наличие в среднем не более 1 особи крылатых комаров на 10 м².

106. При оценке эффективности мероприятий по уничтожению блох в помещениях используются липкие листы (20x30 см) из расчета 2 листа на 10 м² поверхности пола. Если на 1 лист в течение суток попало не более 2 блох, считают, что насекомые "единичные", от 3 до 10 – "блох много", более 10 – "очень много".

107. При оценке эффективности мероприятий по уничтожению постельных клопов осматриваются наиболее вероятные места их нахождения, результаты осмотра записываются следующим образом: "единичные насекомые", "скопления насекомых", а при отсутствии клопов – "насекомые не обнаружены".

108. При оценке эффективности противопедикулезных мероприятий удовлетворительным ее показателем считается полное отсутствие насекомых и гнид после обработки.

Глава 5. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дератизации

109. Дератизация осуществляется с целью уничтожения грызунов и освобождения от них заселенных объектов или для постоянного поддержания их численности на минимальном уровне, обеспечивающем предотвращение широкого распространения инфекционных болезней и существенного экономического ущерба.

110. Дератизация подразделяется на следующие типы:

1) сплошная дератизация – проводится на территории всего населенного пункта, включая открытые места обитания в его пределах, не реже 2 раз в год;

2) очаговая дератизация – дератизация в очаге инфекционных заболеваний и на прилегающей к нему территории. Проводится при регистрации инфекционного заболевания, в распространении которого могут принимать участие грызуны;

3) выборочная дератизация – проводится при уничтожении грызунов на отдельных участках или строениях, на эпидемически значимых объектах: мясо- и рыбокомбинатах, холодильниках, элеваторах, продовольственных складах, в лечебных и детских учреждениях, на животноводческих фермах.

111. Дератизацию проводят физическими, механическими, химическими способами, методами раскладки отравленных приманок, опыливания, газации. Выбор способа и метода дератизации определяется особенностями обрабатываемого объекта, экологией целевых грызунов и свойствами дератизационных средств.

112. Барьерная дератизация проводится в периоды наибольшей миграционной активности грызунов, а на объектах, имеющих особое эпидемиологическое значение, -

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 25 стр из 84

круглый год путем расстановки контрольно-истребительных площадок (далее - КИП) по периметру территории (через 20 м вдоль ограждения), строений (через 10 м вдоль отмостки) и на незастроенных участках (из расчета 1 КИП на 100 м²). Расстановка КИП осуществляется с учетом безопасности для человека.

113. Обследованию на наличие грызунов подлежит вся площадь строений и территорий объектов здравоохранения, организации образования, организации образования для детей-сирот, детей оставшихся без попечения родителей, объектов общественного питания, продовольственной торговли.

114. Для обеспечения эффективности профилактических дератизационных работ предусматривается соблюдение определенной кратности обработок. Если инструкцией по применению используемого препарата не рекомендуется иное, то дератизацию помещений проводят 1 раз в 2-3 месяца, дератизацию территории – 4-6 раз в год. При длительном отсутствии грызунов помещения исключают из обработки, а количество обработок территории сокращают вдвое. При высокой заселенности помещений грызунами кратность обработок увеличивается до 1 раза в месяц.

115. Отравленная приманка на объектах продовольственной торговли, общественного питания, овощехранилищах, складах, жилых помещениях и надворных постройках раскладывается в соответствии с режимом применения, предусмотренным в инструкциях по использованию дератизационных средств. В помещениях детских организаций, в которые имеют доступ дети, раскладка отравленной приманки не допускается, а уничтожение грызунов производится исключительно механическими методами.

116. В качестве пищевой основы приманок недробленые семена подсолнуха и иные продукты, имеющие привлекательный для людей вид, не используются. Во избежание несчастных случаев родентицидная приманка для грызунов окрашивается в яркий цвет.

117. Отравленная приманка на открытых территориях раскладывается только скрытно в местах недоступных для людей, домашних животных и птиц.

118. Работы по приготовлению ядоприманок проводятся в специально оборудованных помещениях (лабораториях) и максимально механизированы с применением специальных смесителей. Приготовление и фасовка отравленных приманок проводятся под вытяжкой и с соблюдением мер безопасности, указанных в соответствующих инструкциях на конкретные дератизационные средства. В рабочих помещениях по приготовлению приманок проводится периодический отбор проб воздуха на содержание действующего вещества родентицида.

119. В помещениях, где имеются неупакованные пищевые продукты, запрещается применять сыпучие отравленные приманки.

120. В помещениях, заселенных людьми, после завершения дератизации все остатки приманки с ядом собираются с целью утилизации. В местах, недоступных детям и домашним животным, приманка оставляется для предотвращения вселения грызунов на защищаемый объект.

121. Эффективность дератизации достигается:

1) проведением на объекте санитарного дня для проведения сплошной обработки всех заселенных грызунами помещений;

2) соблюдением технологии раскладки приманки, предусмотренной инструкцией по ее применению;

3) обеспечением в складских помещениях постоянного доступа к стенам, углам и техническим вводам для лиц, проводящих дератизацию, путем устройства прохода вдоль стен шириной не менее 70 см;

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		26 стр из 84

4) оборудованим стеллажей, отстоящих от пола не менее чем на 15 см во всех местах хранения различных материалов;

5) хранением продуктов и запасов воды в условиях, максимально затруднявших доступ грызунов к ним;

6) обеспечением доступа для лиц, проводящих дератизацию, во все помещения до их загрузки для проведения профилактической обработки;

7) соблюдением правил грызунонепроницаемости зданий и помещений;

8) проведением регулярной уборки во всех помещениях и на прилегающей к ним территории и вывозом мусора в установленные сроки.

122. При проведении сплошной дератизации в населенном пункте его население за 24 часа до начала дератизации оповещается об этом через средства массовой информации.

123. Населенный пункт или его часть делят на участки, которые нумеруют и наносят на схематическую карту. Размеры участка определяют, исходя из объема работ. Каждый участок закрепляют за конкретным дератизатором.

124. При появлении инфекционного заболевания, связанного с грызунами, дератизационные мероприятия проводят по типу экстренной профилактики: применяют остродействующие ратициды в составе отравленных пищевых приманок. В качестве приманочной основы применяется смесь зерна (пшеницы или кукурузы) с аттрактантами (растительное масло, сахар). На 100 весовых частей зерна добавляют 3 весовые части аттрактантов.

125. Основным принципом наиболее эффективной методики борьбы с синантропными грызунами являются применение средств борьбы во всех без исключения местах обитания грызунов и непрерывность этого воздействия.

126. В качестве основного средства борьбы применяют долго сохраняющиеся приманки с антикоагулянтами, а приманки с остродействующими ядами не чаще двух раз в год в период осеннего пика численности и весеннего размножения грызунов, а также по эпидпоказаниям.

127. Давилки, капканы и другие ловушки рекомендуется применять на отдельных объектах в качестве дополнительного метода дератизации.

128. Дозировка препарата для опыливания нор и троп грызунов рассчитывается в допустимой дозировке согласно инструкции, с целью предотвращения загрязнения пестицидами окружающей среды и опасности проводимых работ для лиц, постоянно находящихся в обработанном помещении.

129. Важным условием проведения качественной дератизации является использование в отравленных приманках разных привлекательных для грызунов продуктов: муки, зерна, крупы, сахара, растительного масла, реже хлеба, овощей, мясных и рыбных отходов.

130. Показателем качества дератизации является учет численности грызунов, который проводится согласно приложению 10 к настоящим Санитарным правилам.

131. Дератизация в населенном пункте признается эффективной при гибели не менее 80 % грызунов.

Глава 6. Санитарно-эпидемиологические требования к физическим и юридическим лицам, оказывающим услуги дезинфекции, дезинсекции и дератизации

132. Производство средств дезинфекции, дезинсекции и дератизации осуществляется в отдельно стоящем здании, отдельно в разных помещениях, приготовление ядоприманок проводится в отдельном изолированном помещении здания.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	044-80/11 () 27 стр из 84

133. Производственные и складские помещения оснащаются соответствующим технологическим оборудованием, стеллажами, полками, шкафами, поверхности которых позволяют обеспечить легкую очистку и обеззараживание.

134. В производственных помещениях для пола используется покрытие, устойчивое к воздействию химических веществ. Для стен, потолков и поверхностей конструкций предусматривается отделка, допускающая влажную уборку.

135. Рабочие помещения по приготовлению средств дезинфекции, дезинсекции и дератизации оборудуются водопроводом, канализацией, подключаются к электроснабжению и оборудуются приточно-вытяжной вентиляцией.

136. Работы по приготовлению рабочих растворов средств дезинфекции, дезинсекции и дератизации, их распыление, изготовление, расфасовка проводится в специальном помещении, оборудованном приточно-вытяжной вентиляцией, с обязательным использованием специальной одежды (далее - спецодежды) и индивидуальных средств защиты (костюмы, перчатки, головные уборы, респираторы). При обработке помещений оператор должен каждые 40 минут выходить на 10-15 минут на воздух или из обрабатываемой зоны. В этих помещениях не допускается присутствие посторонних лиц, хранение личных вещей, пищевых продуктов, прием пищи, курение.

137. Руководители физических и юридических лиц, занимающихся производством средств дезинфекции, дезинсекции и дератизации или оказывающих услуги дезинфекции, дезинсекции и дератизации, обеспечивают:

- 1) Соблюдение мер индивидуальной и общественной безопасности в процессе осуществления дезинфекционной деятельности;
- 2) осуществление производственного контроля, в том числе посредством проведения лабораторных исследований и испытаний;
- 3) своевременное информирование населения, территориального подразделения ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения об аварийных ситуациях или нарушениях технологических процессов, создающих угрозу здоровью населения.

138. Помещение для персонала оборудуется душевой и санитарным узлом, шкафчиками для раздельного хранения специальной и личной одежды, оснащается аптечкой первой медицинской помощи и средствами индивидуальной защиты и личной гигиены.

139. Лаборатории и помещения для хранения и выдачи дезсредств обеспечиваются приточно-вытяжной вентиляцией.

140. Стирка, обеззараживание спецодежды проводится в специально оборудованном помещении, не допускается стирка в домашних условиях и рабочих помещениях.

141. Дезинфекционные, дезинсекционные, дератизационные мероприятия на объектах проводятся в присутствии представителя администрации объекта (заказчика). Лиц, находящихся в помещении, подлежащем обработке, заблаговременно извещают о проведении мероприятий и о необходимых мерах предосторожности. В местах проведения обработки не допускается присутствие лиц, не имеющих отношения к обработке, а также домашних животных.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Методы клинического исследования.
2. Основы медицинской этики и деонтологии.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		28 стр из 84

4-лекция

4.1. Тема : Дезинфекция. Стерилизация. Медицинские отходы.

4.2. Цель:

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Научиться качественно ухаживать за больными;
- Профилактика ВБИ (внутрибольничных инфекций).

4.3. Тезисы лекции:

Распространенность внутрибольничных инфекций В странах Европы смертность от внутрибольничных инфекций составляет 25 тыс. в год. В США ежегодная смертность от вызванных различными штаммами нозокомиальных микроорганизмов составляет 99 тыс. случаев, при общем количестве зарегистрированных случаев нозокомиальных инфекций в 1,7 миллиона случаев. Источники внутрибольничной инфекции Основные источники ВБИ — сами пациенты и сотрудники медучреждения. Также источником ВБИ могут быть близкие и родственники пациентов, которые посещают их или же ухаживают за ними. Кроме того, грызуны, собаки или кошки также могут разносить инфекцию. Механизмы передачи внутрибольничной инфекции могут быть такими: фекально-оральный механизм (к нему относится водный, пищевой и контактно-бытовой пути распространения ВБИ) воздушно-капельный трансмиссивный — укусы кровососущими насекомыми; контактный; вертикальный Причиной ВБИ могут быть такие виды возбудителей внутрибольничной инфекции: бактериальные вирусные грибковые протозойные метозойные (гельминтозы) Но абсолютное большинство всех ВБИ могут быть вызваны различными бактериями, а не другими формами жизни. Таким образом, структура ВБИ определяется именно бактериальными агентами. С практической точки зрения удобно различать среди инфекционных агентов патогенные и условно патогенные, а также облигатные паразиты.

Причины распространения внутрибольничных инфекций К ВБИ приводят: увеличение количества носителей штаммов резистентного типа среди медицинских работников, формирование госпитальных штаммов загрязнение воздуха, предметов и рук персонала контакт с инфекциями во время выполнения диагностических и лечебных манипуляций бесконтрольное использование антибиотиков пациентами, что приводит к формированию резистентности у микроорганизмов несвоевременная ротация дезинфектантов в учреждении здравоохранения, сопровождающаяся формированием резистентности к ним у госпитальных штаммов микробов нарушение правил санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов как больными, так и сотрудниками больниц Причины распространения ВБИ подразделяют на субъективные, когда вина возлагается на медперсонал и администрацию медучреждения, и объективные — соответственно не зависящие от этих лиц. Объективные причины распространения ВБИ — это формирование нечувствительности к антибиотикам в силу необоснованного их использования в животноводстве и других сферах народного хозяйства, несоответствующее требованиям современности оснащение медучреждений и т. д. К субъективным причинам могут быть отнесены недостаточная информированность медперсонала о причинах внутрибольничной инфекции, невыполнение требований асептики/антисептики и т. д.

Виды внутрибольничных инфекций Гнойно-септические инфекции Они насчитывают примерно 80 различных возбудителей и ответственны за 75—80% всех случаев госпитальных инфекций. Чаще всего они вызываются стафилококком, синегнойной палочкой. Этот вид ВБИ распространяется воздушным путем, а также через предметы быта, медицинский инструментарий, руки медицинских работников и т. п. Кишечные инфекции Этот вид составляет 7—12% всех внутрибольничных инфекций, причем самая распространенная в этой группе инфекция вызывает опасное заболевание — сальмонеллез.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	044-80/11 ()
Лекционный комплекс	29 стр из 84

Сальмонеллы имеют большую устойчивость к антибиотикам и антисептикам. Передаются кишечные инфекции через пыль, предметы быта, медицинский инструментарий, а также воздушным путем. Однако чаще всего носителем возбудителей инфекций является медицинский персонал. Вирусные инфекции Вирусные инфекции, в том числе вирусные гепатиты В, С, D (6—7% всех внутрибольничных инфекций). Другие внутрибольничные инфекции Эта группа имеет наименьшую численность. На их долю из общего числа обсуждаемых нозологий приходится до 5% случаев, но несмотря на это, к ним не следует относиться пренебрежительно, так как к их числу относятся эпидемически опасные нозологии: грипп, дифтерия, туберкулез.

Катетер-ассоциированные инфекции кровотока Заболевания, относящиеся к внутрибольничной инфекции, часто возникают в связи с установлением периферических и центральных венозных катетеров. Их лечение обходится дорого, а продолжительность пребывания пациента в стационаре возрастает вдвое. Узнайте, какие действия медицинской сестры при проведении катетеризации приводят к возникновению катетер-ассоциированных инфекций кровотока.

Источники попадания катетер-ассоциированных ВБИ в кровотоки Чаще всего инфекция попадает в кровоток через катетер в составе растворов, лекарств, из системы для вливания растворов, сквозь кожу на месте установки катетера, а также гематогенным путем из источников внутрибольничных инфекций. Именно поэтому особое значение нужно обратить на стерильность места пункции и систем для вливания растворов, соединительных портов. Дело в том, что к любым инородным телам, которые вводят в кровяное русло (катетеры, иглы и т.д.) присоединяются бактерии, которые затем формируют биопленку, и, следовательно, становятся труднодоступными для антибиотиков и быстро размножаются. После достижения своей максимальной численности бактерии разрывают пленку и попадают в кровяное русло, вызывая при этом бактериемию. Формированию биопленки способствуют концентрация фибриногена, фибронектина, кальция, магния, железа, продукция экстрацеллюлярного матрикса, ДНК, стресс, а также субингибиторные концентрации антибиотиков. Формирование протеиновой биопленки происходит в течение первых секунд контакта крови с чужеродной поверхностью. Адгезия (прилипание) фибриногена и золотистого стафилококка к поверхности полиуретановых катетеров снижается при уменьшении шероховатости, неровности поверхности, а также зависит от гидрофильных свойств материала. К более гладким поверхностям катетеров и к поверхностям катетеров, которые имеют гидрофильное покрытие, адгезия фибриногена и бактерий значительно уменьшаются. Биопленка на поверхности катетера защищает возбудителей ВБИ от действия антибиотиков. Дело в том, что антибиотики не могут проникнуть сквозь пленку из-за вязкой концентрации матрикса. В таких случаях нужны более сильные антибиотики, причем в высоких концентрациях и желателно в непрерывной инфузии. Субингибиторные дозы антибиотиков приводят к формированию колоний бактерий под биопленкой.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Методы клинического исследования.
2. Основы медицинской этики и деонтологии.

5-лекция

4.1. Тема : Приемное отделение. Прием больного в больницу.

4.2. Цель:

- Знание организации плана сестринского ухода;

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		30 стр из 84

- Научиться качественно ухаживать за больными;
- Профилактика ВБИ (внутрибольничных инфекций).

4.3. Тезисы лекции:

Приемное отделение (приемный покой) - это "лицо" любого стационара. От того, как тут встретят больного специалисты, зависит его психологический настрой на выздоровление, общее самочувствие. Приемный покой будет неотъемлемой составляющей любой больницы, клиники в ряду с лечебными пространствами, административными и хозяйственными помещениями. В статье мы подробно разберем структуру приемного отделения, его функции, организацию работы специалистов. Что это? Приемный покой - лечебно-диагностическое отделение клиники, где непосредственно начинается обслуживание пациента. Предназначено оно для следующего: Регистрация больного. Прием и первичный осмотр пациента. Антропометрия (вес, рост больного), измерение важнейших показателей жизнедеятельности - артериального давления, температуры тела и проч. Санитарная, гигиеническая обработка поступивших пациентов. Оказание медицинской неотложной помощи. Структура приемного отделения такова, что действия персонала здесь характеризуются слаженностью, четкостью, быстротой, взаимосвязанностью. От всего этого зависит не только успех дальнейшего лечения в стационаре, но порой и жизнь человека, если он поступил в больницу в критическом состоянии.

Структура приемного отделения Как правило, приемный покой расположен в отдельном здании или в одном из лечебных корпусов. Теперь о его собственных составляющих. Структура приемного отделения (состав помещений, наполняющих корпус) такова:

Зал ожидания. Здесь ждут приема пациенты, не нуждающиеся в постельном режиме, а также лица, их сопровождающие. Обязательно наличие удобных сидений, стола для заполнения документации. На стенах в помещении развешаны стенды со всей необходимой для пациентов, посетителей информацией - график работы учреждения, часы бесед с лечащим доктором и встреч с пациентами, перечень продуктов, что можно принести гостинцем больному, и проч. **Регистратура.** Продолжаем рассматривать структуру приемного отделения стационара. Здесь проходят регистрацию вновь поступившие пациенты. Персонал занимается заполнением соответствующих документов. **Смотровой кабинет** (в зависимости от масштабности клиники может быть как один, так и несколько). Здесь происходит врачебный осмотр больных. Специалист ставит вновь поступившему предварительный диагноз. Далее доктором определяется тип санитарной, гигиенической обработки нового пациента, необходимые мероприятия по антропометрии, термометрии, проведение дополнительных исследований (к примеру, снятие электрокардиограммы). **Санитарная комната (санпропускник).** Здесь будут душевые кабины, ванны, помещение для переодевания. **Диагностический кабинет.** Тут дополнительно обследуются пациенты с неустановленным в смотровом кабинете диагнозом. **Изолятор.** В данное помещение направляют вновь поступивших с подозрением на наличие инфекционного заболевания. **Процедурный кабинет.** Специальное помещение, где поступившим в критическом состоянии оказывается первая медицинская помощь. **Операционная (или же перевязочная).** Еще одна комната для оказания первой помощи - уже специализированной (для поступивших с кровотечениями, ножевыми, огнестрельными ранениями). **Кабинет рентгенологии.** **Лабораторное помещение.** **Комната дежурного доктора.** **Кабинет,** где находится заведующий приемным покоем. **Туалетные комнаты.** **Склад, хранилище одежды, личных вещей поступивших в стационар пациентов.** Таков общий план структуры приемного отделения больницы.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		31 стр из 84

Специфика структуры Структура приемно-диагностического отделения многопрофильного стационара может быть дополнена и рядом других элементов. Например, реанимационным, травматологическим кабинетом, кардиологической комнатой (для поступивших с инфарктом миокарда) и проч. В целом же, структура и организация приемного отделения напрямую зависят от специфики лечебно-профилактического учреждения, чей составной частью оно является. Какие кабинеты, помещения характерны для приемного покоя в общем, мы с вами рассмотрели.

Последовательность работы приемного покоя Каждый поступивший в приемное отделение пациент обязательно должен пройти три стадии. Строгая последовательность работы приемного покоя следующая: Регистрация вновь поступившего гражданина. Врачебный осмотр пациента стационара. Мероприятия санитарно-гигиенической обработки в отношении больного. Как вы заметили, структура приемного отделения) соответствует этой строго заданной последовательности. Раскроем теперь деятельность данного элемента стационара. Основные функции приемного покоя Продолжаем разбирать структуру и функции приемного отделения. К последней категории относится следующее:

Прием и регистрация вновь поступивших пациентов. Учет госпитализированных, лиц, которым оказана амбулаторная помощь, граждан, кому было отказано в госпитализации. Первичный осмотр, обследование, экспресс-лабораторная диагностика - в отношении всех обратившихся в больницу (вне зависимости от канала поступления). Распределение поступивших на экстренных и плановых, по тяжести, профилю, характеру травм, патологии, заболевания. Оказание неотложной квалифицированной медицинской помощи, реанимационные мероприятия. Оказание медицинской помощи лицам, что обратились в приемный покой, но не нуждаются в пребывании в стационаре. Заполнение необходимой для пребывания в стационаре документации. Ведение документов, что заполняются при факте отказа больного от госпитализации. Транспортировка пациента в соответствующее лечебное отделение. Наблюдение за больными, находящимися в приемном отделении, ожидающими постановки диагноза. Оформление протоколов по факту медосвидетельствования алкогольного, наркотического опьянения поступивших. Передача сведений в полицию, ГИБДД о гражданах, доставленных с телесными повреждениями насильственного характера, жертвах ДТП, несчастных случаев, лицах, привезенных без сознания, без документов, трупах. Получение сведений о движении больных в стационаре, взаимосвязь с иными отделениями больницы, а также с прикрепленными поликлиниками. Санитарно-гигиеническая обработка поступивших граждан.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Методы клинического исследования.
2. Основы медицинской этики и деонтологии.

6-лекция

4. 1. Тема : Оценка функционального состояния пациента.

4.2. Цель:

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Научиться качественно ухаживать за больными;
- Профилактика ВБИ (внутрибольничных инфекций).

4.3. Тезисы лекции:

Артериальное давление

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 32 стр из 84

Каждый ухаживающий за тяжелобольным, а особенно, если Вы ухаживаете за ним дома, должен уметь измерить артериальное давление, чтобы предотвратить ухудшение состояния больного.

Артериальное давление (АД) является физиологической величиной, поэтому оно постоянно меняется под влиянием большого количества разнообразных факторов. Даже у людей, не имеющих проблем со здоровьем, уровень артериального давления изменяется в течение дня. Нормальные показатели артериального давления составляют от 110 до 139 мм рт. ст. для систолического АД и от 70 до 85–89 мм рт. ст. для диастолического. Давление, ниже указанных пределов, считается гипотензией, выше — гипертензией. Гипертензия, в свою очередь, подразделяется на пограничную (140–159/86–90 мм рт. ст.) и истинную (160/90 мм рт. ст. и выше). Стойкое снижение АД называется гипотонией, стойкое повышение — гипертонией. Гипертензия и гипотензия бывают патологическими (наблюдаются при таких заболеваниях, как эссенциальная гипертензия или вторичные гипертонии, гипотония при сердечнососудистой недостаточности) и физиологическими (гипертензия во время физической нагрузки, гипотензия во время сна).

Для оценки уровня артериального давления во всех странах используется единая классификация Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

Артериальное давление непостоянно и в течение сердечного цикла изменяется, при этом, наибольшую величину называют систолическим давлением (в большей мере зависит от силы сокращения левого желудочка и наблюдается в момент его максимального сокращения), а наименьшую — диастолическим (наблюдается в момент максимального расслабления левого желудочка и зависит от сосудистого тонуса). Разницу между абсолютными значениями систолического и диастолического давления называют пульсовым давлением. Для большей наглядности артериальное давление выражается в миллиметрах ртутного столба (мм рт. ст., мм Hg). Измерение АД должно осуществляться у пациента, находящегося в состоянии покоя, при этом место, на которое не туго накладывается манжета (обычно на 2–3 см выше локтевого сгиба), должно быть освобождено от одежды (одежду нельзя закатывать — это вызывает сдавление конечности и артерии!) и находиться на уровне сердца для исключения влияния гидростатических сил. Манжета должна быть соответствующего размера (резиновая часть должна охватывать не менее 3/4 окружности плеча и быть не короче 2/3 его длины). Необходимо определить место пульсации артерии ниже манжеты и плотно, но без давления, установить на это место мембрану фонендоскопа или воронку стетоскопа.

Пережатие артерии, необходимое для измерения артериального давления, часто является причиной дискомфорта и вызывает болезненные ощущения. Немецкие учёные провели исследование, которое показало, что болезненные ощущения, особенно у женщин, вызывают дополнительный подъем систолического давления более чем на 5 мм рт. ст. Это связано с тем, что швы, расположенные по периметру манжеты, не только уменьшают её эффективную ширину, но придают ей во время нагнетания воздуха форму эллипса, которая создает неравномерное распределение давления на руку с максимумом в центре манжеты. Основное давление приходится на небольшой участок руки, расположенный в центре манжеты.

Нагнетаем давление в манжете до исчезновения звуков пульса, после чего поднимаем его ещё на 20–30 мм рт.ст., начинаем медленно спускать воздух из манжеты, выслушивая и фиксируя моменты появления и исчезновения тонов Короткова. Можно использовать и другой способ: установив фонендоскоп, медленно нагнетать в манжету воздух; тоны появятся в момент, когда давление равно диастолическому. При дальнейшем увеличении давления в манжете тоны исчезнут, когда давление будет равно систолическому. Этот способ лучше использовать у лиц с пониженным давлением.

Частота сердечных сокращений

Частоту сердечных сокращений (ЧСС) определяют в состоянии полного физического и эмоционального покоя. В норме ЧСС составляет для взрослых мужчин от 60 до 80 ударов в минуту, для женщин — примерно на 10% выше — от 65 до 90 ударов. Увеличение ЧСС выше указанных пределов называется тахикардией, уменьшение — брадикардией. Физиологическая тахикардия наблюдается при физических и/или эмоциональных нагрузках, физиологическая брадикардия может наблюдаться у хорошо физически тренированных людей. В норме сердечные сокращения ритмичны. Это означает, что при объективной оценке перемены ритма сокращений кажутся равными друг другу.

Ритм и ЧСС часто оцениваются вместе, и увеличение/уменьшение ЧСС также считают учащением сердечного ритма, говоря об аритмии по типу тахикардии/брадикардии.

Пульс

Пульс характеризует работу не только сердца, но и состояние сосудов, и являет собой периодические колебания стенок артерий, связанные с динамическими изменениями артериального давления в течение сердечного цикла. Артериальный пульс подразделяется на центральный и периферический: центральный пульс определяется на центральных артериях: аорте, сонных и бедренных артериях. Так же часто пульс определяется на височной артерии. Отсутствие центрального пульса означает клиническую смерть. Периферический пульс определяется на периферических артериях, его наличие зависит от разных условий, например, от артериального давления. При систолическом АД 70 мм рт. ст. и ниже периферический пульс может не определяться, в этом случае необходимо немедленно найти и оценить центральный пульс.

Исследуют пульс следующим образом: пальпируют артерию, прижимая её к подлежащей кости. Пульсовая волна, достигая сужения сосуда, оказывает давление на стенку, вызывая расправление артерии, которое и определяется с помощью пальпации. Периферический пульс наиболее часто исследуют на лучевой артерии, в подколенной ямке, в области внутренней лодыжки и в области тыла стопы.

Техника исследования пульса на лучевой артерии: большой палец располагается на тыльной поверхности предплечья, 2-й и 4-й пальцы располагаются по ходу артерии, прижимая её к шиловидному отростку лучевой кости, после чего оцениваются свойства пульсовых волн:

симметричность пульса: он определяется на симметричных артериях, свойства пульса должны быть одинаковы, пульсовая волна должна проходить одномоментно. Несимметричный пульс наблюдается, как правило, при локальной сосудистой патологии (тромбозах и др.) или при сдавлении сосуда извне (например, опухолью);

ритм: как и сердечные сокращения, в норме пульс ритмичен;

частота: в норме равна ЧСС. В первую минуту определяется одновременно с определением ЧСС для выявления отличий от него частоты пульса. Пульс может быть дефицитным, когда частота пульса меньше, чем ЧСС (например, при нарушениях ритма). Увеличение частоты пульса называется тахикардией, уменьшение частоты — брадикардия.

наполнение: степень расправления артериальной стенки в момент прохождения пульсовой волны определяется сердечным выбросом и давлением в данном участке артерии. Если артериальная стенка расправляется полностью, говорят об удовлетворительном наполнении. При неполном расправлении стенки говорят о сниженном наполнении, нитевидном или даже пустом пульсе;

напряжение: сила, с которой пульсовая волна расправляет стенку сосуда. Как и наполнение, величина субъективная. Определяется путём прижатия артерии к подлежащему костному образованию и пальпации пульсовой волны этого места. Если удается полностью пережать артерию и дистальная пульсовая волна не пальпируется, то

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	044-80/11 () 34 стр из 84

говорят об удовлетворительном или мягком пульсе, если же это не удаётся — говорят о напряженном или твёрдом пульсе. Напряжённый пульс является косвенным признаком повышенного артериального давления;

высота (величина): характеризуется амплитудой колебания артериальной стенки в момент прохождения пульсовой волны, зависит от наполнения и напряжения. Если амплитуда значительна, то пульс считают высоким. Такой пульс характерен, например, для аортальной недостаточности;

скорость (форма): характеризуется скоростью прохождения пульсовой волны (скоростью колебания артериальной стенки). Такой пульс может наблюдаться при тахикардии, а если ЧСС в пределах нормы, при снижении эластичности сосудов, например, при атеросклерозе. При снижении эластичности сосудов, например, при атеросклерозе.

При исследовании центрального пульса необходимо помнить о том, что длительное сдавление артерии может привести к развитию острой гипоксии жизненно важных органов и, соответственно, неприятным последствиям.

Частота дыхательных движений

Исследуются такие параметры, как частота дыхательных движений (ЧДД), ритм и глубина дыхания. Методы оценки такие же, как и при объективном исследовании сердца: оценивая ЧДД,

можно подсчитать циклы вдоха-выдоха визуально, можно, положив руки на грудную клетку пациента, ощутить дыхательные

движения и, наконец, можно выслушать дыхательные шумы вдоха и выдоха с помощью стето - или фонендоскопа. Следует помнить о том, что пациент должен не знать о цели исследования: в противном случае пациенты начинают «помогать», произвольно меняя ЧДД, что приводит к получению неправильных результатов.

В норме ЧДД рослого человека в состоянии покоя составляет 16-20 в минуту. Увеличение ЧДД называют тахипноэ, уменьшение ЧДД — брадипноэ, полное отсутствие дыхательных движений — апноэ. Апноэ может быть произвольным, когда пациент сам задерживает дыхание, и патологическим, например, во время клинической смерти. В последнем случае показано выполнение искусственной вентиляции лёгких. В норме дыхание должно быть ритмичным. Глубина дыхания — параметр субъективный, оценивается на основании имеющегося опыта. Дыхательная аритмия и нарушения глубины дыхания встречаются при различных патологических состояниях, особенно в тех случаях, когда страдает дыхательный центр. Это, как правило, проявляется различными патологическими типами дыхания, из которых наиболее часто встречаются:

- дыхание Чейна-Стокса (постепенное нарастание глубины дыхания, которая достигает максимума, затем постепенно снижается и переходит в паузу);
- дыхание Куссмауля (равномерные редкие дыхательные циклы, шумный вдох и усиленный выдох);
- дыхание Биота (характеризуется возникновением внезапных пауз до минуты при обычном, нормальном типе дыхания).

Виды измерений

Измерение роста - позволяет оценить физическое развитие ребенка, выявить карликовость или гигантизм, проявляемые в эндокринной патологии.

Измерение массы тела – позволяет выявить избыток или дефицит веса, вести наблюдение за беременностью, за отеками, рассчитать дозу лекарственного препарата.

Определение окружности головы и грудной клетки – для оценки физического развития ребенка, при обследовании пациентов неврологического и пульмонологического профиля.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		35 стр из 84

Определение окружности живота – при наблюдении за беременными, при отеке в брюшной полости (асците).

Спирометрия – определение жизненной емкости легких. Проводится в пульмонологической практике, для оценки физического развития.

Динамометрия – измерение мышечной силы. Проводится в неврологической практике, для оценки физического развития.

Несмотря на усилия ученых и врачей повышенное артериальное давление (АД) – артериальная гипертензия (АГ) остается одной из наиболее значимых медико-социальных проблем. Более 40% взрослого населения нашей страны имеет повышенный уровень АД. Именно высокое АД является важнейшим фактором риска основных сердечно-сосудистых заболеваний – инфаркта миокарда, инсульта, сердечной недостаточности [1].

Величина АД является определяющей для прогноза. Измерение АД – обязательно при любом визите пациента к врачу и проводится врачом или медицинской сестрой в амбулаторных условиях или в стационаре (клиническое АД) аускультативным методом (по Н.С. Короткову).

Самостоятельно измерять АД могут и должны уметь сам пациент и/или его родственники с помощью автоматических или полуавтоматических «бытовых» измерителей АД в домашних условиях. Данный метод, получивший большое распространение в последние годы, обозначается как метод самоконтроля АД.

Условия. Измерение АД должно проводиться в спокойной, удобной обстановке при комнатной температуре, после адаптации пациента к условиям кабинета в течение не менее 5-10 мин. За час до измерения необходимо исключить прием пищи, за 1,5-2 часа – курение, прием тонизирующих напитков, алкоголя, применение симпатомиметиков, включая назальные и глазные капли.

Положение пациента при измерении АД может быть нескольких видов.

АД может определяться в положении «сидя» (наиболее распространено), «лежа» и «стоя», однако во всех случаях необходимо обеспечить положение руки, при котором середина манжеты находится на уровне сердца. Каждые 5 см смещения середины манжеты относительно уровня сердца приводят к завышению или занижению АД на 4 мм рт.ст.

В положении «сидя» измерение проводится у пациента, располагающегося в удобном кресле или на стуле, с опорой на спинку, с исключением скрещивания ног. Необходимо учитывать, что глубокое дыхание приводит к повышенной лабильности АД, о чем необходимо информировать пациента до начала измерения. Рука пациента должна быть удобно расположена на столе рядом со стулом и лежать неподвижно с упором в области локтя до конца измерения. При недостаточной высоте стола необходимо использовать специальную подставку для руки. Не допускается положение руки на «весу»

Оснащение. Для клинического измерения АД используется прибор (сфигмоманометр) для измерения АД по методу Н.С. Короткова состоящий из окклюзионной пневмоманжеты, груши для нагнетания воздуха с регулируемым клапаном стравливания, манометра, стетофонендоскопа или специализированного фонендоскопа из комплекта тонометров. Используются ртутные, стрелочные, либо электронные сфигмоманометры. Значения давления округляются до ближайшего четного числа. Недопустима практика округлений до 5 и 0 на конце (т.е. записей только типа 145/95 и/или 160/100).

Манометры требуют регулярной поверки (точности и регулировки) с интервалами, указанными в технических характеристиках, но не реже, чем один раз в год. Манжета подбирается с учетом охвата плеча, который измеряется в его средней части с помощью гибкой измерительной ленты. Измерение АД средней плечевой манжетой для взрослых выполняется только при охвате плеча, равном 23-33 см. В остальных случаях необходимо использовать специальные размеры манжет. При этом ширина и длина внутренней

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		36 стр из 84

эластичной камеры должны соответствовать охвату плеча – длина не менее 80%, а ширина около 40% последнего. Манжета с меньшей шириной камеры приводит к завышению, а слишком широкая к занижению значений АД.

Не рекомендуется использовать аппараты для измерения АД на пальце или запястье.

Техника измерения. Манжета накладывается на плечо таким образом, чтобы средняя часть пневмокамеры находилась над проекцией лучевой артерии. 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.

Не рекомендуется накладывать манжету на ткань одежды, запрещено закатывать рукава с образованием сдавливающих валиков из ткани. Головка стетофонендоскопа фиксируется у нижнего края манжеты над проекцией плечевой артерии, причем не допускается создание значительного давления на кожу, а расположение головки под манжетой приводит к ошибкам в определении в первую очередь диастолического артериального давления (ДАД)

В ходе первого измерения АД (или перед ним) необходимо дополнительно провести оценку систолического артериального давления (САД) пальпаторно. Пальпируется лучевая или плечевая артерии. При нагнетании воздуха в манжету фиксируются показания манометра в момент прекращения пульсаций артерии, как оценочное значение САД, после чего компрессия продолжается еще на 30 мм рт.ст. Необходимо учитывать, что избыточно высокое давление компрессии вызывает дополнительные болевые ощущения и повышение АД. Скорость снижения давления воздуха в манжете должна составлять 2-3 мм рт.ст. за секунду (или за время между последовательными сокращениями сердца). При давлении более 200 мм рт. ст. допускается увеличение этого показателя до 4-5 мм рт.ст за секунду.

Появление первого тона соответствует САД (первая фаза тонов Короткова). ДАД определяют по моменту исчезновения тонов Короткова (пятая фаза). Определение ДАД по 4-й фазе (момента резкого ослабления тонов) рекомендовано при проведении измерения АД у детей до 12-14 лет, беременных женщин, а также у пациентов с высоким минутным объемом сердца, обусловленным физической нагрузкой, заболеванием или физиологическими особенностями.

Для контроля полного исчезновения тонов необходимо продолжить аускультацию до снижения давления в манжете на 15-20 мм рт.ст. относительно последнего тона. При слабых тонах Короткова перед измерением целесообразно поднять руку и выполнить несколько сжимающих движений без значительных усилий.

Кратность измерений. Повторные измерения проводятся с интервалом не менее 2-х минут. Во время первого визита пациента необходимо измерить АД на обеих руках. При выявлении устойчивой значительной асимметрии (более 10 мм рт. ст. для САД и 5 мм рт.ст. для ДАД), все последующие измерения проводятся на руке с более высокими цифрами. В противном случае измерения проводят, как правило, на «нерабочей» руке.

Если первые два измерения АД отличаются между собой не более чем на 5 мм рт.ст., измерения прекращают и за уровень АД принимают среднее значение этих величин.

Если имеется отличие более 5 мм рт.ст., проводится третье измерение, которое сравнивается по приведенным выше правилам со вторым, а затем (при необходимости) и четвертое измерение.

Если в ходе этого цикла выявляется прогрессивное снижение АД, то необходимо дать дополнительное время для расслабления пациента. Если же отмечаются разнонаправленные колебания АД, то дальнейшие измерения прекращают и определяют среднее значение трех последних измерений (при этом исключают максимальные и минимальные значения АД).

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		37 стр из 84

Техника измерения.

- Быстро накачать воздух в манжету до уровня давления, на 20 мм рт.ст. превышающего САД (по исчезновению пульса).

- АД измеряют с точностью до 2 мм рт.ст.

- Снижать давление в манжете со скоростью примерно 2 мм рт.ст. в 1 секунду. Уровень давления, при котором появляется 1-й тон, соответствует САД (1 фаза тонов Короткова).

- Уровень давления, при котором происходит исчезновение тонов (5 фаза тонов Короткова) соответствует ДАД; у детей, подростков и молодых людей сразу после физической нагрузки, у беременных и при некоторых патологических состояниях у взрослых, когда невозможно определить 5 фазу, следует попытаться определить 4 фазу тонов Короткова, которая характеризуется значительным ослаблением тонов.

- Если тоны очень слабы, то следует поднять руку и выполнить несколько сжимающих движений кистью, затем измерение повторить, при этом не следует сильно сдавливать артерию мембраной фонендоскопа.

- При первичном осмотре пациента следует измерить давление на обеих руках; в дальнейшем измерения проводят на той руке, на которой АД выше.

- В возрасте старше 65 лет при наличии СД и у лиц, получающих гипотензивные препараты, следует также произвести измерение АД через 2 мин пребывания в положении стоя.

Затруднения при измерении АД могут возникать при резком ослаблении и исчезновении тонов после прослушивания первых двух-трех отчетливых тонов («аускультативный провал»), что может служить причиной серьезной недооценки САД, если при первом измерении не проводится его пальпаторная оценка. На искажение результатов измерения АД могут влиять нарушения ритма сердца. Необходимо пальпировать лучевую артерию для оценки степени неравномерности сокращений сердца в ходе измерений. При выраженной неравномерности необходимо ориентироваться на средние значения АД по результатам 4-6 последующих измерений. При редких нерегулярных сокращениях следует ориентироваться на значения АД, полученные при эпизодах регулярного ритма.

При одностороннем стенозирующем поражении сосудов необходимо проводить измерение на контралатеральной руке, а при двустороннем поражении рекомендуется измерение на бедре. Для этого используется специальная бедренная манжета, при этом необходимо учитывать, что АД на бедре на 15-20% выше, чем на плече.

У пациентов старшей возрастной группы (старше 65 лет), а также у пациентов, длительное время страдающих сахарным диабетом, наблюдается повышенная ригидность крупных артерий, в некоторых случаях препятствующая их спадению при компрессии. При этом метод Н.С. Короткова дает завышение АД, т.е. псевдогипертензию. Для ее исключения полезно одновременно с аускультацией определять АД пальпаторно и при отличии в САД более 15 мм рт.ст. провести определение ригидности плечевой артерии (например, ультразвуковыми методами). При выраженной ригидности определение АД возможно только инвазивным методом.

Наиболее частые ошибки, приводящие к неправильному измерению АД:

- использование манжеты, не соответствующей охвату плеча
- недостаточное время адаптации пациента к условиям кабинета
- высокая скорость снижения давления в манжете
- отсутствие контроля асимметрии АД
- неиспользование пальпации при первом измерении АД
- неправильное положение руки пациента

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	044-80/11 ()
Лекционный комплекс	38 стр из 84

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Методы клинического исследования.
2. Основы медицинской этики и деонтологии.

7-лекция

4.1. Тема: Личная гигиена пациентов.

4.2. Цель:

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Научиться качественно ухаживать за больными;
- Профилактика ВБИ (внутрибольничных инфекций).

4.3. Тезисы лекции:

Понятие гигиена - чрезвычайно емкое понятие. Оно включает в себя режим условий труда и отдыха, рациональное питание, соблюдение правил ухода за телом, применение гигиенических средств и многое другое.

Личная гигиена - это свод правил поведения человека в быту или на производстве. В узком понимании - гигиеническое содержание тела, одежды и предметов домашнего обихода. Нарушение требований личной гигиены может негативно сказаться на здоровье не только одного человека, но и больших групп людей (коллективы, семьи, члены различных сообществ).

Несмотря на доказанную эффективность гигиенических мероприятий, соблюдают их далеко не все.

Разделы личной гигиены:

- Гигиеническое содержание тела (кожи, волос, полости рта, органов слуха, зрения, половых органов);
- Гигиена индивидуального питания;
- Гигиена одежды и обуви;
- Гигиена жилища.
- Гигиена тела
- Гигиена кожи

Соблюдение чистоты кожи крайне важно. Кожа человека способна защищать весь организм от негативных воздействий окружающей среды. Кроме защитной функции, кожа выполняет следующие функции:

- Терморегулирующую
- Обменную
- Иммунную
- Секреторную
- Рецепторную
- Дыхательную и др.

Основные правила гигиены тела:

Мыть тело необходимо ежедневно теплой водой, используя специальные средства (мыло, гель для душа и др.). Температура воды должна быть немного выше нормальной температуры тела (37-38 градусов). Ежедневно кожный покров вырабатывает сало и пот. Если не смывать эти выделения, то защитные свойства кожи нарушаются и, соответственно, создаются благоприятные условия для размножения болезнетворных бактерий, грибков и других вредных микроорганизмов.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	044-80/11 () 39 стр из 84

Принимать ванну, душ с применением мочалки не реже 1 раза в неделю.

К коже лица необходимо относиться крайне бережно. Для умывания использовать специальные средства. Прыщи и угри самостоятельно выдавливать не стоит, так как это может привести к присоединению бактериальной инфекции.

Регулярно следить за чистотой рук и ногтей. Грязь, содержащая болезнетворные микробы может попасть с рук в рот через пищу. Существует целый список болезней грязных рук, например, дизентерия, болезни, вызванные гельминтами, гепатит А.

Руки необходимо мыть с антибактериальным мылом по возвращению домой, до посещения туалета и обязательно после туалета, перед едой и после приема пищи, после смены подгузника, после кашля, чихания и сморкания, после прикосновения к ручкам дверей и другим поверхностям в общественных местах, после контакта с сырыми яйцами и мясом, после контакта с мусором, после контакта с деньгами, после контакта с кровью, после контакта с животными и их отходами (как уличными, так и домашними). Если вы находитесь в дороге и у вас нет возможности вымыть руки с мылом, необходимо иметь при себе влажные салфетки или антибактериальный гель, чтобы устранить хоть некоторое количество микробов.

Как правильно мыть руки.

Начните руки. Откройте теплую воду в кране и равномерно намочите под ней руки. Вопреки распространенному заблуждению горячая вода не смывает бактерии лучше теплой.

Возьмите мыло. Подойдет любое. Однако, для того, чтобы мытье рук доставляло вам больше удовольствия, выберите себе мыло по вкусу, руководствуясь собственными предпочтениями в вопросах формы, цвета и запаха.

Не стоит думать, что антибактериальное мыло лучше обычного. Принцип действия мыла в смывании микробов с кожи, а не в их уничтожении. Более того ученые предполагают, что повсеместное использование антибактериального мыла может привести к появлению бактерий, устойчивых к действию антибактериальных веществ.

Хорошо намойте руки. Тщательно намойте кисти (с обеих сторон), пальцы, промежутки между пальцами и запястья.

Мойте руки не меньше 15-20 секунд. Энергично потрите руки друг об друга и не смывайте мыло сразу, - дайте ему несколько секунд и убедитесь, что каждый участок ваших рук намочен. Чтобы этого добиться, обхватите одну руку с плотно сжатыми пальцами другой рукой и потрите, совершая круговые движения вперед и назад, затем смените руки.

Тщательно промойте руки. Подставьте их под проточную воду ладонями вниз, не затрагивая до поверхности раковины. Так вы смоете и мыло, и бактерии, которые находятся на ваших руках.

Для того чтобы закрутить кран, используйте салфетку или полотенце, особенно в общественных туалетах.

Вытрите руки полотенцем досуха. Лучше использовать бумажные полотенца, которые более гигиеничны, чем обыкновенные тканевые. Если вы все же пользуетесь тканевыми полотенцами, то обязательно регулярно их стирайте. В общественных туалетах можно воспользоваться сушилкой для рук.

Не обязательно использовать большое количество мыла, чтобы хорошо вымыть руки. Главное, чтобы его было достаточно для образования большого количества мыльной пены. Можно использовать немного больше обычного, когда ваши руки очень грязные или жирные.

В общественном туалете на выходе открывайте и закрывайте дверь бумажной салфеткой, а не рукой. Следует понимать, что, к сожалению, не все моют руки после туалета.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	044-80/11 () 40 стр из 84

Не забудьте также помыть предплечья вплоть до локтей, особенно после работы с чем-то грязным, например, с мясом. Так вы смоете микробы со всей поверхности руки, а не только с пальцев и ладоней. И хотя вы не так часто используете предплечья для прикосновения к предметам, из-за того, что вы можете периодически скрещивать руки, микробы с ладоней мигрируют и выше по руке. Значит, эти места тоже необходимо мыть, если вы заботитесь о своем здоровье и о здоровье окружающих.

Бесполезно мыть руки одной водой. Так на руках создается благоприятная среда для размножения бактерий. Поэтому мылом пользоваться необходимо.

Ноги необходимо мыть каждый день прохладной водой и обязательно использовать мыло. Холодная вода уменьшает потовыделение.

Гигиена волос.

Правильная гигиена волос и кожи головы нормализует деятельность сальных желез, улучшает кровообращение и обменные процессы.

К процедуре мытья головы необходимо относиться ответственно.

Частота мытья волос зависит от длины волос, типа волос и кожи головы, времени года. Мыть голову необходимо по мере загрязнения. Зимой голову моют чаще, так как головной убор не дает коже дышать в полную меру и кожного сала выделяется больше чем обычно.

Мыть голову необходимо теплой водой, так как горячая вода активизирует работу сальных желез.

Шампуни необходимо подбирать тщательно. Большинство продукции для волос содержат вещества, такие как лаурилсульфат натрия, метилпарабен, пропилпарабен, бензойная кислота, DMDM-гидантоин, пропиленгликоль, которые могут вызывать некоторые негативные последствия, такие как выпадение волос, аллергические реакции, кожные заболевания, заболевания глаз, дыхательных путей, нервной системы, почек и даже некоторые онкологические заболевания.

После мытья волосы рекомендуется обдать прохладной водой

Вытирать волосы желательно полотенцем, феном пользоваться не рекомендуется, т.к. горячий воздух сушит волосы.

При расчесывании волос не рекомендуется использовать чужие расчески, точно также, как и использовать чужую тушь для ресниц, чужие головные уборы так как это может спровоцировать передачу грибка, перхоти и педикулеза.

Гигиена полости рта.

Наиболее частыми причинами обращения к стоматологам являются заболевания пародонта и кариес. Причиной этому, в большинстве случаев, является неправильная гигиена полости рта или, вовсе, ее отсутствие. Частота встречаемости этих заболеваний среди взрослых - 98-100%.

Риск развития этих заболеваний можно значительно снизить, соблюдая элементарную гигиену полости рта.

Основной причиной развития кариеса является образование зубных отложений сразу после еды.

Основными средствами гигиены полости рта является зубная щетка и паста.

Зубная щетка является основным инструментом для удаления зубных отложений. Жесткость зубной щетки подбирается индивидуально, исходя из состояния зубов и десен.

Срок службы зубной щетки не более 3 месяцев. Использование щетки дольше положенного срока, способствует размножению на ней бактерий.

Помимо обычных зубных щеток существуют электрические, которые наиболее эффективно удаляют зубной налет и остатки пищи. Насадки на электрические зубные щетки также подлежат периодической замене.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		41 стр из 84

Зубные пасты в зависимости от содержания биологически активных компонентов делятся на несколько видов:

- препятствующие развитию кариеса;
- противовоспалительные;
- отбеливающие.

Как правильно чистить зубы?

Зубы необходимо чистить не менее 2 раз в день в течение 3 минут и более.

После еды рекомендуется полоскать рот или использовать жевательную резинку без сахара, способствующую механическому удалению остатков пищи. Продолжительность использования жевательной резинки не должна превышать 5 минут.

Уход за кожей тяжелобольного

Уход за кожей тяжелобольного. При невозможности ежедневного душа обработка кожи постельных больных проводится следующими способами:

1. Умывание больного при помощи мягкой губки, смоченной в теплой воде;
2. Протирание кожи больного ватным тампоном или концом полотенца, смоченным детским очищающим лосьоном или слабым раствором уксуса (1 столовая ложка на стакан воды), или разведенным водой этиловым спиртом (1:1);
3. Тщательное осушивание больного — обтирание полотенцем насухо, с дополнительной обработкой складок тальком или присыпкой.

Лицо, шею и руки следует мыть не менее двух раз в день. Мытье головы в постели осуществляется не реже одного раза в неделю. Ноги достаточно мыть 2-3 раза в неделю.

Больных, страдающих недержанием кала и мочи, а также тяжелобольных необходимо подмывать после каждого акта дефекации и мочеиспускания. Перед подмыванием под ягодицы лежащего больного подводят пеленку, а затем подкладывают судно или таз. Больной сгибает колени и разводит ноги. На область половых органов из кувшина льют теплый (37 — 38 °С) антисептический раствор (слабый раствор перманганата калия или фурацилина), а ватным тампоном протирают кожу. Движения тампона должны быть направлены от промежности к заднему проходу, чтобы не занести инфекцию в мочеполовые пути. В таком же направлении протирают кожу сухим тампоном. После окончания туалета кожи промежности в течении 5-10 минут целесообразно осуществить «проветривание». При наличии опрелостей их после очищения лосьоном, обрабатывают вазелином, специальными кремами или присыпкой.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Методы клинического исследования.
2. Основы медицинской этики и деонтологии.

8-лекция

4.1. Тема: Кормление больных. Организация пищевой терапии в медицинских организациях.

4.2. Цель:

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Научиться качественно ухаживать за больными;
- Профилактика ВБИ (внутрибольничных инфекций).

4.3. Тезисы лекции:

Стандарты питания в организациях здравоохранения и образования

Общие положения

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		42 стр из 84

1. Настоящие Стандарты питания в организациях здравоохранения и образования (далее – Стандарты) разработаны в соответствии с подпунктом 103) статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" (далее – Кодекс) и устанавливают общие требования к организации питания в организациях здравоохранения и образования.

2. Термины и определения, используемые в настоящих Стандартах:

1) продовольственное (пищевое) сырье – продукты животного, растительного, микробиологического, минерального, искусственного или биотехнологического происхождения и питьевая вода, используемые для производства (изготовления) пищевой продукции;

2) пищевая продукция для детского питания – специализированная пищевая продукция, предназначенная для детского питания для детей, (для детей раннего возраста от 0 до 3 лет, детей дошкольного возраста от 3 до 6 лет, детей школьного возраста от 6 лет и старше), отвечающая соответствующим физиологическим потребностям детского организма и не причиняющая вред здоровью ребенка соответствующего возраста;

3) бракераж – оценка качества продуктов питания и готовых блюд по органолептическим показателям;

4) буфет – предприятие (объект) общественного питания, реализующее с потреблением на месте ограниченный ассортимент продукции общественного питания из полуфабрикатов высокой степени готовности;

5) организация образования – юридические лица, а также имеющие статус международных школ филиалы юридических лиц, которые реализуют одну или несколько образовательных программ и (или) обеспечивают содержание и воспитание обучающихся, воспитанников независимо от формы собственности и организационной правовой формы, индивидуальные предприниматели без образования юридического лица, реализующие общеобразовательные учебные программы дошкольного воспитания и обучения;

6) организация здравоохранения – юридическое лицо, осуществляющее деятельность в области здравоохранения;

7) пищевая продукция диетического лечебного питания – специализированная пищевая продукция с заданной пищевой и энергетической ценностью, физическими и органолептическими свойствами, и предназначенная для использования в составе лечебных диет;

8) пищевая продукция диетического профилактического питания – специализированная пищевая продукция, предназначенная для коррекции углеводного, жирового, белкового, витаминного и других видов обмена веществ, в которой изменено содержание и (или) соотношение отдельных веществ относительно естественного их содержания, и (или) в состав которой включены не присутствующие изначально вещества или компоненты, а также пищевая продукция, предназначенная для снижения риска развития заболеваний;

9) пищевая продукция энтерального питания – жидкая или сухая (восстановленная до готовой к употреблению) пищевая продукция диетического лечебного или диетического профилактического питания, предназначенная для перорального употребления непосредственно или введения через зонд при невозможности обеспечения организма в пищевых веществах и энергии обычным способом.

Порядок организации питания в организациях образования

3. Общие принципы организации питания в организациях образования включают следующее:

1) соответствие энергетической ценности питания детей энергетическим затратам;

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		43 стр из 84

2) соответствие химического состава пищи физиологическим потребностям организма;

3) максимальное разнообразие рациона, являющееся основным условием обеспечения его сбалансированности;

4) оптимальный режим питания;

5) правильное приготовление пищи, обеспечивающее их высокие вкусовые достоинства и сохранность исходной пищевой ценности;

6) учет индивидуальных особенностей детей;

7) обеспечение санитарно-гигиенической безопасности питания, включая соблюдение всех санитарно-эпидемиологических требований к состоянию пищеблока, поставляемым продуктам питания, их транспортированию, хранению, приготовлению и раздаче блюд.

4. Перспективное сезонное (лето – осень, зима – весна) двухнедельное меню составляется средним медработником в соответствии с утвержденными нормами суточного набора продуктов. При этом учитывают, что часть продуктов суточного рациона (молоко, хлеб, сахар, масло сливочное, овощи) входит в меню ежедневно, в количествах в соответствии с нормами суточного набора. Другие продукты (рыба, творог, яйца, сыр, сметана и другие) входят в рацион ребенка не каждый день, но в течение недели выдаются в полном объеме.

5. Нормы питания детей в организациях образования регламентированы постановлением Правительства Республики Казахстан от 12 марта 2012 года № 320 "Об утверждении размеров, источников, видов и Правил предоставления социальной помощи гражданам, которым оказывается социальная помощь".

6. Скорректированный по продуктовому набору суточный пищевой рацион предусматривает расхождения с физиологическими нормами питания не более ± 10 процентов (далее – %), но в полном соответствии с недельной нормой.

7. При организации питания используются рецептуры официальных источников (сборник рецептур, методические рекомендации, монографии), на основании которых составляется картотека блюд, имеющая ссылку на официальный источник. В случае отсутствия одних продуктов, их заменяют другими, равноценными по химическому составу. Для сохранения полноценности состава рациона используют таблицы замены продуктов в соответствии с требованиями нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

8. На основании перспективного меню, утвержденного органом управления образованием, составляется суточное меню, которое утверждается руководителем организации образования. После утверждения суточного меню все изменения в него вносятся руководителем организации.

9. Для отдельных категорий детей, имеющих определенные виды заболеваний, организуется щадящее (диетическое) питание. Количество нуждающихся в получении определенного диетического питания и продолжительность его получения определяется по результатам ежегодного углубленного медицинского обследования детей, также на основании справок, предоставляемых родителями. Приготовление диетических блюд осуществляется на основе действующих нормативных и технических документов.

10. В организованных детских коллективах разрабатывается рацион питания, который, в свою очередь, предусматривает формирование набора продуктов, предназначенных для питания детей в течение суток или иного фиксированного отрезка времени.

11. При разработке меню учитываются:

1) продолжительность пребывания детей в организациях образования;

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 44 стр из 84

2) возрастная категория;

3) физические нагрузки детей.

12. С учетом возраста детей в меню соблюдаются требования:

1) по массе порций блюд;

2) их пищевой и энергетической ценности;

3) суточной потребности в основных витаминах и микроэлементах.

13. Меню содержит следующую информацию:

1) о количественном составе блюд;

2) энергетической и пищевой ценности, включая содержание витаминов и минеральных веществ в каждом блюде.

14. В меню не допускается повторение одних и тех же блюд или кулинарных изделий в один и тот же день или в последующие 2 – 3 дня.

15. При разработке меню для питания детей применяются свежеприготовленные блюда, не подвергающиеся повторной термической обработке и разогреву замороженных блюд.

16. Ежедневно в обеденном зале вывешивают меню, утвержденное руководителем организации образования, в котором указываются сведения об объемах блюд и названия кулинарных изделий.

17. Для обучающихся первой смены в общеобразовательных организациях предусматривается одно-двухразовое питание – второй завтрак или второй завтрак и обед, для обучающихся второй смены – полдник, для групп продленного дня – второй завтрак, обед и полдник. При круглосуточном пребывании детей предусматривается не менее чем пятикратное питание. Интервалы между приемами пищи не превышают 3,5 – 4-х часов.

18. Завтрак детей в дошкольных образовательных организациях состоит из горячего блюда (каша, запеканка, творожные и яичные блюда и другие), бутерброда со сливочным маслом или сыром и горячего напитка. Обед включает салат или порционные овощи, первое блюдо (суп), второе (гарнир и блюдо из мяса, рыбы или птицы), напиток (компот или кисель). Полдник включает напиток (молоко, кисломолочные напитки, соки, чай) с булочными или кондитерскими изделиями без крема, допускается выдача творожных или крупяных запеканок и блюд. Ужин включает рыбные, мясные, овощные и творожные блюда, салаты и горячие напитки.

19. В дошкольной организации, функционирующей в режиме 8 и более часов, в меню предусматривается ежедневное использование в питании детей: молока, кисломолочных напитков, мяса (или рыбы), картофеля, овощей, фруктов, хлеба, круп, сливочного и растительного масла. Остальные продукты (творог, сметана, птица, сыр, яйцо, соки и др.) включаются 2 – 3 раза в неделю.

20. При организации питания детей в дошкольных образовательных организациях, функционирующих в режиме кратковременного пребывания, в меню включаются блюда и продукты с учетом режима работы дошкольной организации и режима питания детей.

21. В специализированных дошкольных организациях и группах для детей с хроническими заболеваниями (сахарный диабет, пищевая аллергия, часто болеющие дети) питание детей организовывается в соответствии с принципами лечебного и профилактического питания детей с соответствующей патологией на основе соответствующих норм питания и меню.

22. Кратность приема пищи и режим питания детей по отдельным приемам пищи (завтрак, второй завтрак, обед, полдник, ужин, второй ужин) определяется временем пребывания детей и режимом работы дошкольной организации.

23. Для обеспечения разнообразного и полноценного питания детей в дошкольных организациях и дома, родителей информируют об ассортименте питания ребенка,

вывешивая ежедневное меню в каждой групповой ячейке. В ежедневном меню указываются наименование блюда и объем порции, а также замены блюд для детей с пищевыми аллергиями и сахарным диабетом.

24. Все продукты и блюда, используемые в питании в организациях образования, соответствуют действующим в Республике Казахстан гигиеническим требованиям к качеству и безопасности продуктов питания в соответствии с Единым перечнем товаров, подлежащих санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю) на таможенной границе и таможенной территории Евразийского экономического союза, утвержденных Решением Комиссии таможенного союза от 28 мая 2010 года № 299 и техническими регламентами в области безопасности пищевой продукции.

25. Поступающая пищевая продукция сопровождается документами, удостоверяющими их безопасность в соответствии с Законом Республики Казахстан от 21 июля 2007 года "О безопасности пищевой продукции" и техническими регламентами Таможенного союза и Евразийского экономического союза в области безопасности пищевой продукции.

26. Ассортимент основных пищевых продуктов для использования в питании в организациях образования и перечень продуктов и блюд, которые не допускаются для реализации в организациях общественного питания общеобразовательных организаций, формируются в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями, утверждаемыми в соответствии с подпунктом 13) статьи 95 Кодекса.

27. При производстве (изготовлении) пищевой продукции для детского питания не допускается использование продовольственного (пищевого) сырья, содержащего генетически модифицированного организма (далее – ГМО).

28. При производстве пищевой продукции для детского питания не допускается использование продовольственного (пищевого) сырья, полученного с применением пестицидов согласно приложению 10 к техническому регламенту Таможенного союза "О безопасности пищевой продукции" (ТР ТС 021/2011).

29. Пищевая продукция для детского питания отвечает следующим требованиям:

1) печенье для детского питания, не превышающее более 25 % добавленного сахара;

2) хлебобулочные изделия для детского питания, содержащие соли не более 0,5 %.

30. Пищевая продукция для детского питания не содержит:

1) этилового спирта более 0,2 %;

2) кофе натурального;

3) ядер абрикосовой косточки;

4) уксуса;

5) подсластителей, за исключением специализированной пищевой продукции для диетического лечебного и диетического профилактического питания.

31. При производстве (изготовлении) пищевой продукции для детского питания не допускается использование бензойной, сорбиновой кислот и их солей.

32. При производстве (изготовлении) пищевой продукции для детского питания для детей дошкольного и школьного возраста не допускается использование следующих видов продовольственного (пищевого) сырья:

1) продукты убоя продуктивных животных и птицы, подвергнутые повторному замораживанию;

2) сырье из рыбы и нерыбных объектов промысла, подвергнутое повторному замораживанию;

3) мясо продуктивных животных механической обвалки и мясо птицы механической обвалки;

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 46 стр из 84

- 4) коллагенсодержащее сырье из мяса птицы;
 - 5) блоки, замороженные из различных видов жилованного мяса животных, а также субпродуктов (печени, языка, сердца) со сроками годности более 6 месяцев;
 - 6) говядина жилованная с массовой долей соединительной и жировой ткани свыше 20 %;
 - 7) свинина жилованная с массовой долей жировой ткани свыше 70 %;
 - 8) баранина жилованная с массовой долей жировой ткани свыше 9 %;
 - 9) мясо быков, хряков и тощих животных;
 - 10) субпродукты продуктивных животных и птицы, за исключением печени, языка, сердца и крови;
 - 11) яйца и мясо водоплавающих птиц;
 - 12) соки концентрированные диффузионные;
 - 13) растительные масла с перекисным числом более 2 ммоль активного кислорода/килограмм (далее – кг) жира (за исключением оливкового масла); оливковое масло с перекисным числом более 2 ммоль активного кислорода/кг жира;
 - 14) растительные масла: хлопковое;
 - 15) гидрогенизированные масла и жиры;
 - 16) жгучие специи (перец, хрен, горчица).
33. Питание в организациях образования организовывается в столовой, работающей на сырье или в буфете.
34. В организациях образования с числом учащихся более 100 человек предусматриваются столовые.
35. Столовые имеют набор оборудования и помещений в соответствии с требованиями действующих санитарных правил.
36. Столовая посуда, приборы и тара выполняются из материалов, допущенных для контакта с пищевыми продуктами в соответствии с гигиеническими нормативами статьи 12 Единых санитарно-эпидемиологических и гигиенических требований к товарам, подлежащим санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю), утвержденных решением Комиссии Таможенного союза от 23 сентября 2011 года № 797.
37. Не допускается использование деформированной столовой посуды, столовых приборов из алюминия, разделочных досок из пластмассы и прессованной фанеры, с трещинами и механическими повреждениями.
38. Перед поступлением на работу персонал пищеблока проходит медицинский осмотр и гигиеническое обучение в соответствии с документами государственной системы санитарно-эпидемиологического нормирования.
39. Медицинский работник организации образования обеспечивает контроль за соблюдением требований санитарных правил; периодически проводит бракеражной комиссией (состав которой определяется приказом администрации организации образования) проверку правильности закладки продуктов и выхода готовых блюд; обеспечивает контроль за отбором и хранением суточных проб; изучает записи в журнале пожеланий и отзывов; обеспечивает контроль за осмотром работников пищеблока на наличие повреждений и гнойничковых заболеваний кожи рук, открытых частей тела, а также больных с ангиной и катаральными явлениями верхних дыхательных путей. Работники, имеющие порезы, ссадины, ожоги, фурункулы, нагноения, не допускаются к работе.
40. Повар обеспечивает соблюдение условий хранения и сроков реализации пищевых продуктов; использует технологические карты (картотека блюд) при приготовлении блюд, соблюдает технологию приготовления пищи; обеспечивает отбор и хранение суточных проб; соблюдает личную и производственную гигиену.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	044-80/11 () 47 стр из 84

Глава 3. Порядок организации питания в организациях здравоохранения

41. Организация лечебного питания складывается из следующих основных разделов, требующих конкретного осуществления в каждой организации здравоохранения:

1) клинических вопросов организации, в которые входят принципы построения лечебного питания, система его назначения, режим питания и нормы питания;

2) технических вопросов организации, охватывающих методы составления меню, систему учета назначений, выписку продуктов, организацию технологического процесса на кухне, систему выдачи пищи из кухни, контроль за качеством пищи и организацию обслуживания больных;

3) вопросов руководства лечебным питанием и подготовки кадров;

4) санитарно-технологических вопросов организации, куда входят система построения пищеблоков и транспортировки пищи, оборудование и инвентарь, санитарные требования по содержанию пищеблока.

42. В каждой организации здравоохранения устанавливаются основные, постоянно действующие диеты и по мере необходимости применяются другие диеты. Также, возможно внесение тех или иных коррективов в предписанную диету в связи со специальными показаниями. Дополнительные назначения или ограничения в диете производятся путем назначения продуктов, обладающих определенными лечебными свойствами (творог, печень, молоко, арбуз, яблоки, чеснок и другие), или путем добавления или ограничения пищевых веществ (белки, жиры, углеводы, соли, витамины).

43. При поступлении больного в организации здравоохранения лечебное питание назначается дежурным врачом. Назначенная диета вносится в историю болезни и одновременно в сводный заказ на всех поступивших больных, который направляется на пищеблок в установленное время.

44. Назначение диеты больному производится в индивидуальном порядке в соответствии с конкретными задачами комплексного лечения.

45. Диетическая сестра пищеблока на основании сведений, полученных от всех отделений, составляет сводные сведения по наличию больных, состоящих на питании.

46. На основании сводных сведений диетическая сестра при участии заведующего производством (шеф-повара) и бухгалтера составляет под руководством врача-диетолога меню-раскладку по установленной форме на питание больных на следующий день.

47. Меню-раскладка составляется согласно сводному семидневному меню (осенне-летнее и зимне-весеннее) с учетом среднесуточного набора продуктов питания, ежедневно утверждается руководителем организации здравоохранения и подписывается врачом-диетологом, бухгалтером, заведующим производством (шеф-поваром). В меню-раскладке диетическая сестра в числителе проставляет количество продуктов питания для приготовления одной порции каждого блюда, в знаменателе бухгалтер (калькулятор) указывает количество продуктов, необходимых для приготовления всех порций данного блюда.

48. На основании итоговых данных выписывается требование на выдачу продуктов питания со склада (кладовой).

49. В назначенную диету вносятся некоторые поправки в зависимости от индивидуальности больного и характера течения патологического процесса. Такие поправки производятся путем дополнительного назначения некоторых продуктов, обладающих определенными лечебными свойствами (например, творога, печени, молока, яблок и другие), с исключением из диеты, если требуется, соответствующего количества других продуктов, а также путем добавления или ограничения пищевых веществ (белков, жиров, углеводов, воды, витаминов, минеральных солей).

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		48 стр из 84

50. Количество диет, применяемых в каждой организации здравоохранения, возрастает по мере внедрения дифференцированного лечебного питания, а также в результате разработки новых клинически обоснованных диет. Необходимо во всех случаях сохранять номенклатуру диет, обозначая новые диеты теми же номерами с дополнительной буквой, обозначающей вариант.

51. Детям, находящимся на смешанном вскармливании, объем смеси рассчитывается индивидуально. Дети, находящиеся на исключительно грудном вскармливании, адаптированные молочные смеси не получают. Молочная смесь для детей выбирается с учетом патологических состояний и заболеваний. Отдельные виды продукции детского диетического лечебного и детского диетического профилактического питания для детей раннего возраста соответствуют требованиям, установленным в приложении 3 к техническому регламенту Таможенного союза "О безопасности отдельных видов специализированной пищевой продукции, в том числе диетического лечебного и диетического профилактического питания" (ТР ТС 027/2012).

52. Во всех организациях здравоохранения устанавливается как минимум четырехразовый режим питания, по показаниям в отдельных отделениях или для отдельных категорий больных применяется более частое питание (пяти-шестиразового питания).

53. Время питания больных определяется количеством приемов пищи и общим распорядком дня в организациях здравоохранения.

54. При пятикратном питании вводится второй завтрак, а при шестиразовом – также второй ужин с более или менее равномерным распределением дневного рациона.

55. Среднесуточные наборы продуктов являются основой при составлении лечебных диет в организациях здравоохранения. Нормы питания больных в организациях здравоохранения устанавливаются постановлением Правительства Республики Казахстан от 26 января 2002 года № 128 "Об утверждении натуральных норм на питание и минимальных норм оснащения мягким инвентарем государственных организаций здравоохранения республики".

56. При отсутствии полного набора продуктов на пищеблоке, предусмотренного сводным семидневным меню, возможна замена одного продукта другим при сохранении химического состава и энергетической ценности используемых лечебных рационов.

57. На каждое блюдо, приготовленное в организациях здравоохранения, составляется карточка-раскладка (на обороте карточки описывается технология приготовления блюда).

58. Общее руководство питанием в организациях здравоохранения осуществляется руководителем или его заместителем по лечебной части, а в отделениях – заведующими отделениями.

59. Для координирования всей работы по применению лечебного питания в многопрофильных организациях здравоохранения создается Совет по лечебному питанию (далее – Совет), который разрабатывает мероприятия по основным вопросам организации лечебного питания. В состав Совета входят руководитель организации здравоохранения или его заместитель по медицинской части, врач-диетолог (иной врач-специалист), заведующие отделениями гастроэнтерологии (терапии), интенсивной терапии, хирургии, педиатрическим отделением, диетическая сестра, заведующий производством (шеф-повар, повар) и представители заинтересованных неправительственных организаций.

60. В задачи Совета входит совершенствование лечебного питания, контроль за соблюдением составления среднесуточных наборов продуктов питания, создание эффективной организации лечебного питания, внедрение новых технологий диетического и энтерального питания, разработка номенклатуры диет, смесей для энтерального питания,

подлежащих внедрению в данной организации, перспективного меню, картотеки блюд и набора смесей для энтерального питания.

61. Все вопросы, связанные с организацией лечебного питания в организациях здравоохранения, систематически (не менее 2 раза в год) заслушиваются и решаются на заседаниях Совета.

62. Непосредственное научно-методическое и организационное руководство лечебным питанием в организациях здравоохранения осуществляет врач-диетолог. В организациях здравоохранения, в которых должность врача-диетолога не предусмотрена, руководство лечебным питанием возлагается на одного из лечащих врачей или диетическую сестру.

63. Заведование больничной кухней возлагается на диетическую сестру, работающую под медицинским руководством врача. В функции диетической сестры входят контроль за санитарно-гигиеническим и технологическим процессом на кухне, проверка качества продуктов при их поступлении на склад и кухню, контроль за правильностью хранения продуктов питания, правильным отпуском пищи из кухни, организация раздачи пищи в буфетных, а также контроль за своевременным проведением профилактических медицинских осмотров работников пищеблока и недопущением к работе лиц, не прошедших предварительного или периодического медицинского осмотра.

64. Непосредственное приготовление пищи проводится под руководством старшего повара-бригадира.

65. Закладка продуктов питания в котел производится в присутствии врача-диетолога (диетической сестры). Предварительно продукты питания взвешиваются независимо от того, что они были получены по весу со склада (кладовой).

66. Контроль готовой пищи перед выдачей ее в отделения производится дежурным врачом и 1 раз в месяц – руководителем (или его заместителем по лечебной работе), а также осуществляется врачом-диетологом, диетической сестрой, заведующим производства (или шеф-поваром) вне зависимости от пробы, производимой дежурным врачом.

67. В план обучения производственного персонала кухни включаются занятия по санитарному минимуму.

68. Пищевые продукты для приготовления пищи в организациях здравоохранения принимаются при наличии документов, подтверждающих их соответствия (ветеринарный сертификат, ветеринарные справки, декларация о соответствии, сертификат соответствия, свидетельство о государственной регистрации).

69. Не допускается:

1) использование для производства пищевой продукции диетического лечебного и диетического профилактического питания мяса птицы, кроме охлажденного, мяса птицы механической обвалки и коллагенсодержащего сырья из мяса птицы;

2) использование продовольственного пищевого сырья, содержащего ГМО и (или) компоненты, полученные из ГМО, для производства пищевой продукции диетического лечебного и диетического профилактического питания для детского питания.

70. В пищеблоках организации здравоохранения строго соблюдаются:

1) требования по устройству пищеблока, санитарному содержанию и технологии приготовления пищи, предусмотренные действующими санитарными правилами для предприятий общественного питания и объектов здравоохранения;

2) требования по условиям и срокам хранения пищевых продуктов;

3) требования об обязательных профилактических и медицинских обследованиях работников пищеблока, раздаточных и буфетных.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		50 стр из 84

71. При отсутствии централизованной доставки пищевых продуктов для их перевозки выделяют специальный транспорт (крытый). Не допускается использование специального транспорта для других целей (перевозка белья, оборудования, больных).

72. Для транспортировки готовой пищи с пищеблока в буфетные отделения используют термосы, тележки-термосы, мармитные тележки или плотно закрывающуюся посуду.

Организация питания в лечебных учреждениях

Обеспечение питанием больниц, стационаров клиник, реабилитационных центров и других лечебных учреждений, в том числе профильных и детских, - одно из самых насыщенных и давних направлений деятельности компании «Вкусный выбор». За долгие работы в этой сфере мы выстроили безупречно функционирующий алгоритм взаимодействия с руководством и соответствующими службами больниц, освоили все нюансы приготовления, оформления и доставки блюд для лечебного питания.

Санитарно-гигиенические требования к организации питания в лечебных учреждениях.

Питание в лечебных и оздоровительных учреждениях – один из самых сложных сегментов социального питания. Российское законодательство предъявляет серьезные требования к организациям, обеспечивающим этот процесс, независимо от того, занимается ли этим подразделение больницы или администрация лечебного учреждения привлекает профессионального подрядчика. Прежде всего это высочайшая планка санитарно-гигиенических норм. Ведь лечебные учреждения – это места большого скопления людей, и обеспечение санитарно-эпидемиологического контроля является важнейшей задачей.

В этой связи производственная база, фабрика-кухня компании «Вкусный выбор» приведена в полное соответствие требованиям законодательства. Продукты закупаются у проверенных поставщиков (имеются сертификаты соответствия на всю продукцию) и размещаются в просторных и чистых складских помещениях, где обеспечиваются все необходимые условия хранения, а именно – поддержание оптимальной температуры и влажности, соблюдение правил товарного соседства и др. Весь производственный цикл и регламент работы предприятия отстроен таким образом, что совершенно исключены какие бы то ни было факторы негативного воздействия на сырье и готовую продукцию. Фабрика-кухня «Вкусный выбор» регулярно проходит обязательную и добровольную сертификацию и каждый раз полностью подтверждает соответствие своей производственной базы всем санитарным нормативам.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Методы клинического исследования.
2. Основы медицинской этики и деонтологии.

9-лекция

4.1. Тема : Простые физиотерапевтические методы.

4.2. Цель:

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Научиться качественно ухаживать за больными;
- Профилактика ВБИ (внутрибольничных инфекций).

4.3. Тезисы лекции:

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		51 стр из 84

Физиотерапия – это способ лечения заболеваний при помощи различных физических факторов, таких как тепло, холод, электроток, магнитное УФ- и ИК-излучение, а также при помощи лечебных грязей, массажа, гирудотерапии.

Благодаря одной только физиотерапии сложно добиться полного излечения, она имеет видимый эффект только на первых этапах развития заболевания, однако мы советуем использовать физиотерапию как подспорье в борьбе с самыми различными недугами.

Кроме того, практика показывает, что физиотерапевтические процедуры могут использоваться в качестве профилактики болезней, поскольку помогают укрепить иммунитет и активизируют важные биохимические процессы, происходящие в организме.

Массаж

Представляет собой механическое воздействие на тело человека при помощи рук, инструментов или специальных приборов. Этот метод применяется для лечения, расслабления, укрепления организма на протяжении тысячелетий. Сегодня мы предлагаем нашим пациентам множество разновидностей массажа. Конечно же, как и у любой медицинской процедуры, у массажа существуют противопоказания, поэтому мы советуем посоветоваться с врачом, прежде чем записаться на прием к массажисту.

Наиболее популярным видом массажа является общеоздоровительный. Он помогает улучшить микроциркуляцию крови, что, в свою очередь, способствует лучшему питанию тканей и внутренних органов. Наши пациенты отмечают, что общеоздоровительный массаж улучшает тонус мышц, помогает расслабиться и избавиться от усталости.

Антицеллюлитный массаж часто используется как подспорье в борьбе за стройную фигуру – массажист помогает наладить циркуляцию лимфы, что способствует усилению тургора кожи и сжиганию подкожного жира. После курса антицеллюлитного массажа кожа становится более подтянутой и ровной.

Точечный массаж может показаться несколько болезненным, однако он прекрасно помогает при головных болях, заболеваниях нервной системы, эндокринологических заболеваниях. Рефлекторный сегментарный массаж представляет собой способ воздействия на внутренние органы человека через специальные проекционные зоны. Так, делая массаж спины, можно уменьшить боль в локтевом суставе, кисти или плече.

Косметический массаж лица – прекрасное средство для сохранения молодости кожи. Он помогает сделать ее более упругой, улучшить кровоток в тканях, что способствует лучшему цвету лица и разглаживанию морщин.

Существует еще множество методик массажа, которые способны справиться с самыми разными заболеваниями, снять неприятные симптомы, укрепить организм. Не стоит пренебрегать этими процедурами, они действительно помогут вам чувствовать себя лучше.

Лечение с помощью электричества

С помощью процедур, основанных на действии электрического тока, таких как фонофорез, гальванизация, электрофорез, мы можем отправить лекарство точно в то место, где его действие важно, притом в самых маленьких дозах, которые не нанесут организму ущерба. Такой способ помогает избежать привыкания к лекарственным препаратам.

Дарсонвализация – эффективный способ улучшить циркуляцию крови в тканях, который применяется в косметологии, в лечении болезней кожи, в качестве вспомогательного метода в борьбе с гипертонией, гинекологическими заболеваниями, нарушениями сна. При дарсонвализации врач через специальные электроды направляет импульсы переменного тока высокого напряжения. Процедура практически неощутима для пациента, но положительный эффект заметен обычно уже после первой процедуры.

Лечение теплом и холодом

Прогревание при помощи УФ-излучения или СВЧ – известный каждому с детства способ борьбы с респираторными заболеваниями. Мы советуем использовать для борьбы с невротами индуктотермию или прогревание токами высокой частоты, а УВЧ-терапию – для лечения гайморита.

Криотерапия – это лечение с помощью холода, в котором обычно используется жидкий азот. Воздействие низкой температуры помогает активизировать внутренние силы организма для борьбы с недугами: укрепляет иммунитет, снимает отеки, спазмы, уменьшает болевые симптомы, омолаживает и способствует выбросу эндорфинов в кровь.

Лазерная терапия

Обладает противовирусным и противомикробным действием, помогает расширить капилляры, усиливает микроциркуляцию крови и лимфы, повышает иммунитет, снижает холестерин, помогает быстрее заживать ранам. Этот метод помогает предотвратить переход заболевания из острой стадии в хроническую и снизить рекомендуемую дозу лекарств.

Лечение магнитным полем

Магнитотерапия оказывает укрепляющее действие на организм, налаживает обменные процессы в клетках и тканях, нормализует артериальное давление, помогает улучшить кровоснабжение мозга и насыщение его кислородом. Работа всех систем тела – эндокринной, лимфатической, нервной, сердечнососудистой и других – улучшается под воздействием магнитного поля. Активируются внутренние резервы организма, что выражается в чувстве бодрости, улучшении аппетита, сна, повышении работоспособности.

Показаниями к магнитотерапии являются нарушения сна, депрессии, заболевания дыхательной системы, органов пищеварения, желчного пузыря.

Лечение ультразвуком

Как и при помощи электрического тока, с помощью ультразвука можно вводить разные лекарственные препараты. Так мы можем существенно отодвинуть срок привыкания к лекарству, снизить возможность проявления негативного воздействия препарата на организм. Ультразвук способен расщеплять молекулы жира, поэтому он часто используется в борьбе с целлюлитом. Кроме того, он помогает избавиться от инфильтратов и уплотнений и препятствует образованию спаек после операций.

Физиотерапия – это не панацея, но внушительный список положительных эффектов от процедур заставляет нас рекомендовать ее пациентам с самыми разными диагнозами. Конечно, одна отдельно взятая процедура существенной пользы не принесет, однако, если регулярно проходить поддерживающие физиотерапевтические курсы, то можно заметить, что болезни отступают, а настроение повышается, как и сопротивляемость организма различным недугам.

Поэтому не стоит игнорировать указания врача: выпить таблетку от простуды или зафиксировать перелом, разумеется, совершенно необходимо, но полное выздоровление может обеспечить только комплекс мер, в состав которого входит и физиотерапия.

Разумеется, посещение физиотерапевтического кабинета требует времени, однако здоровье гораздо важнее, чем любые развлечения.

Физиотерапевтические процедуры широко используются в качестве вспомогательного средства при лечении заболеваний различных систем и органов. Они используются в послеоперационный период и в период реабилитации пациента после перенесенного заболевания или травмы. Благодаря физиотерапии эффективность лечения возрастает, процесс выздоровления протекает более быстро.

Физиотерапевты «Семейного доктора» располагают современными аппаратными средствами, позволяющими проводить необходимые и наиболее востребованные физиотерапевтические процедуры, среди которых:

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	044-80/11 ()
Лекционный комплекс	53 стр из 84

TENS-терапия – транскутанная (то есть осуществляемая через кожу) электрическая нервная стимуляция – используется для восстановления сократительной способности пострадавших нервов и мышц, устранения болей неврологического или посттравматического происхождения.

Магнитотерапия – метод физиотерапии, основанный на действии магнитного поля. Стимулирует кровоснабжение тканей, способствует уменьшению отеков, воспаления, болевых ощущений. Используется при лечении последствий травм, неврологических и кардиологических заболеваний, заболеваний опорно-двигательного аппарата. Позволяет повысить уровень физических нагрузок.

Миостимуляция – воздействие на мышцы слабым импульсным током, вызывающее их сокращение. Достигается укрепление мышц при отсутствии активных физических нагрузок. Восстанавливается тонус тканей, улучшается обмен веществ, снимается мышечное перенапряжение.

Импульсная коротковолновая терапия - помогает в период посттравматических состояний (при растяжениях, вывихах, ушибах, переломах, гематомах, ссадинах и т.п.), способствует заживлению ран, часто используется после операций на челюсти и конечностях и при некоторых типах воспалений. Данная терапия также показана пациентам с нарушениями периферического кровообращения.

СМТ-терапия (амплипульстерапия) – разновидность электротерапии, при котором воздействие на организм осуществляется с помощью амплитудных пульсаций переменных среднечастотных токов (частотой от 2 до 5 кГц). Улучшает лимфо- и кровообращение в пораженной области, способствует снижению болевых ощущений.

Лазеротерапия - воздействие с помощью направленного светового потока (лазера). В результате в организме активизируются важнейшие биохимические процессы, обновляются ткани, восстанавливается их жизнедеятельность, включаются механизмы саморегуляции.

Ультразвуковая терапия.

Фонофорез – сочетание ультразвукового воздействия с действием лекарственных или косметических средств. Ультразвук повышает эффективность местного применения лекарственных препаратов.

Электрофорез - введение лекарственных препаратов с помощью постоянного электрического тока.

УВЧ-терапия – физиотерапия с помощью ультравысокочастотного электромагнитного поля. Используется для лечения воспалений, травм, радикулита, невралгии.

УФ-терапия – воздействие на организм ультрафиолетовым излучением. Повышает сопротивляемость организма инфекциям, активизирует деятельность эндокринной системы и обмен веществ. Используется для восполнения дефицита витамина D, лечения дерматологических заболеваний.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Методы клинического исследования.
2. Основы медицинской этики и деонтологии.

10 -лекция

4. 1. Тема: Способы применения лекарственных препаратов, распределение принимаемых внутрь лекарственных средств.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	044-80/11 () 54 стр из 84

4.2. Цель:

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Научиться качественно ухаживать за больными;
- Профилактика ВБИ (внутрибольничных инфекций).

4.3. Тезисы лекции:

Лекарственное средство, лекарственный препарат, медикамент, лекарство (новолат. *praeparatum medicinale, praeparatum pharmaceuticum, medicamentum*; жарг. лечебное средство) — вещество или смесь веществ синтетического или природного происхождения в виде лекарственной формы (таблетки, капсулы, раствора, мази и т. п.), применяемые для профилактики, диагностики и лечения заболеваний.

Перед употреблением в медицинской практике лекарственные средства должны проходить клинические исследования и получать разрешение к применению.

Классификация

Существует несколько классификаций, основанных на различных признаках лекарственных средств:

- по химическому строению (например, соединения-производные фурфурола, имидазола, пиримидина и др.);
- по происхождению — природные, синтетические, минеральные;
- по фармакологической группе — наиболее распространённая в России классификация основана на воздействии препарата на организм человека;
- нозологическая классификация — классификация по заболеваниям, для лечения которых используется лекарственный препарат;
- анатомо-терапевтическо-химическая классификация (АТХ) — международная классификация, в которой учитывается фармакологическая группа препарата, его химическая природа и нозология заболевания, для лечения которого предназначен препарат.

Сырьём для получения лекарственных средств служат:

- растения (листья, трава, цветки, семена, плоды, кора, корни) и продукты их обработки (жирные и эфирные масла, соки, камеди, смолы);
- животные — железы и органы животных, сало, воск, тресковая печень, жир овечьей шерсти и другое;
- ископаемое органическое сырьё — нефть и продукты её перегонки, продукты перегонки каменного угля;
- неорганические ископаемые — минеральные породы и продукты их обработки химической промышленностью и металлургией (металлы);
- всевозможные органические соединения — продукты крупной химической промышленности.

Изучение

Изучение лекарственных средств производится путём химического анализа, фармакологических исследований и клинических наблюдений (см. Фармакология); при этом определяются действующие начала вещества и его основные качественные показатели: органотропность или паразитотропность лекарства, то есть преимущественное его действие на те или другие органы больного или же на возбудителей заболевания (на бактерии, паразитов и т. п.); наличие «побочного» (нежелательного) действия; способность лекарства вызывать у некоторых лиц особую к себе чувствительность (например заболевание насморком и появление тошноты от ничтожных количеств ипекакуаны)[2].

Количественными показателями для лекарственного средства устанавливаются: смертельная доза (обычно вычисляемая на 1 кг живого веса животного или человека),

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		55 стр из 84

переносимая (толерлируемая) доза и лечебная доза. Переносимые дозы (или несколько меньшие для осторожности) для многих лекарств узакониваются в виде максимальных доз. Отношение смертельной дозы к лечебной называется «терапевтическим индексом» лекарственного средства, так как чем больше это отношение, тем свободнее можно назначать лекарство.

Действие

Действие лекарственных средств осуществляется главным образом путём изменения физико-химических свойств среды, в которой находятся клеточные элементы организма; при этом действие может иметь характер химического соединения лекарства с элементами организма и в некоторых случаях при непосредственном действии на протоплазму клеток, сопровождаться полным разрушением их. Физиологическим эффектом действия лекарства является либо возбуждение, либо угнетение жизнедеятельности клеточных элементов; при этом большую роль играет доза лекарственного вещества, так как одно и то же лекарство в различных дозах может вызывать разное действие — возбуждать в малых дозах и угнетать (вплоть до паралича) в больших дозах.

Существенным моментом является фаза действия лекарственных средств: одни лекарства могут проявлять своё действие в момент проникновения в организм (фаза вхождения по Кравкову), другие — большинство — в период максимальной концентрации в организме (фаза насыщения), третьи — в момент падения концентрации (фаза выхождения); при этом чрезвычайно важным является способность некоторых лекарств к кумуляции, проявляющейся в резком усилении, а иногда и извращении их действия при повторном введении, что объясняется накоплением лекарства в организме и накоплением эффекта действия его.

Действие лекарства зависит от возраста, пола, состояния здоровья и индивидуальных особенностей организма лица, принимающего его. Ряд лекарственных средств в соответственно уменьшенной дозе оказывает на детей гораздо более сильное действие, чем на взрослых (часто отравляющее); женщины в период менструации, беременности, лактации реагируют на лекарства иначе, чем обычно; на некоторых лиц лекарство действует ненормально сильно, что объясняется повышенной чувствительностью организма к определённым веществам (см.: Идиосинкразия).

Способы применения

Пути введения лекарства в организм весьма разнообразны. Чаще всего используют приём лекарственных средств внутрь перорально. Во избежание быстрого разложения лекарственного препарата, раздражения желудочно-кишечного канала или для достижения наибольшей быстроты действия лекарство вводят с помощью шприца подкожно, внутримышечно или внутривенно. Некоторые лекарства вводят через прямую кишку или путём вдыхания.

Наружным применением лекарственных средств считается нанесение их на кожу и на слизистые оболочки глаза, носа, ушей, полости рта, мочеполовых путей (до места входа в мочевой пузырь и до цервикального канала матки), на слизистую оболочку прямой кишки (до места расположения внутреннего сфинктера).

В организме лекарственные средства разрушаются, изменяются и, входя в химические соединения с его солями и жидкостями, теряют свои ядовитые свойства (а иногда, наоборот, приобретают их) и в том или другом виде выводятся из организма через кишечник, почки, дыхательные пути, потовые железы и т. д.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	044-80/11 ()
Лекционный комплекс	56 стр из 84

1. Методы клинического исследования.
2. Основы медицинской этики и деонтологии.

11 -лекция

4.1. Тема: Парентеральное введение лекарственных средств.

4.2. Цель:

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Научиться качественно ухаживать за больными;
- Профилактика ВБИ (внутрибольничных инфекций).

4.3. Тезисы лекции:

Парентеральное введение лекарственных средств (от др.-греч. *παρά* «мимо» + *έντερᾶ* «кишечник») — пути введения лекарственных средств в организм, при которых они минуя желудочно-кишечный тракт, в отличие от перорального способа применения лекарств. Это прежде всего инъекции и ингаляции. Существуют и другие, более редкие, парентеральные способы введения: трансдермальный, субарахноидальный, внутрикостный, интраназальный, субконъюнктивальный, — однако данные способы лекарственного проникновения внутрь организма используют только в частных случаях.

Различают инъекции малого объема (до 100 мл) и большого объема, которые называют инфузиями.

Преимущества парентерального способа введения

При парентеральном введении лекарственных средств

Их действие наступает быстрее, что особенно важно в экстренных случаях, когда необходимо немедленное воздействие

Повышается биодоступность лекарств

Эффективность препаратов не зависит от приёма пищи

Можно применять такие вещества, которые плохо всасываются в ЖКТ (например, тобрамицин) либо разрушаются кислотой или ферментами желудочного сока (инсулин, адреналин)

Можно применять его, когда проглатывание лекарства невозможно — если пациент находится без сознания либо под наркозом, при рвоте.

При профилактике и лечении болезней сельскохозяйственных животных применяется парентеральное введение (инъекция) антибактериальных препаратов, вакцин, витаминов и других медикаментов. В свиноводстве «инъекция» является повседневной процедурой, которой подвергаются животные в процессе всего периода содержания. Однако эта обработка будет эффективна только в случае, если проведена правильно, с соблюдением простейших правил. К сожалению, практика показывает, что зачастую в промышленных свиноводческих хозяйствах не уделяется должного внимания этой нехитрой процедуре, что закономерно ведет к финансовым потерям предприятия. Обусловлено это тем, что при неправильном парентеральном введении, в лучшем случае, снижается эффективность препарата, а в худшем, наблюдаются осложнения общего и местного характера (например, абсцессы) или даже гибель животного.

Парентеральным (от греч. *para* – рядом, вблизи, *entern* – кишечник) называется способ введения лекарственных веществ в организм, минуя пищеварительный тракт.

Парентеральное введение лекарственных средств:

а – внутрикожно;

б – подкожно;

в – внутримышечно;

г – внутривенно.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	044-80/11 ()
Лекционный комплекс	57 стр из 84

Прежде чем приступить к инъекированию, необходимо убедиться в выборе правильного инструмента, соответствия дозы и пути (метода) предполагаемого введения, а также проверить срок годности препарата. Важнейшими аспектами являются:

- Гигиена
- Дозировка
- Шприц и иглы
- Выполнение инъекции
- Регистрация обработок

1. Гигиена (асептика и антисептика)

Именно несоблюдение правил асептики и антисептики ведет к инфицированию места введения и развитию гнойных процессов (абсцесс, флегмона) на месте инъекции. При выполнении инъекции необходимо использовать стерильный инструментарий, обрабатывать места инъекции дезинфицирующим раствором. Идеальным вариантом является использование одноразовых шприцев и игл, однако на практике это может быть затруднительно. Поэтому в крупных промышленных хозяйствах идут на компромисс и используют методику регулярной замены инъекционных игл. Однако эта методика должна стать единственным компромиссом ветеринарного специалиста, если он является таковым.

Методика предусматривает замену инъекционных игл со следующей периодичностью:

- Свиноматки и хряки: каждое животное
- Доразивание/откорм: каждые 15-20 животных (один станок)
- Поросята (отъем/подсос): 1 помёт/гнездо

Если используется многоразовый инструмент, необходимо после каждого применения провести очистку и стерилизацию с применением дезинфицирующих средств («Асептол») или кипячения.

Для профилактики контаминирования препарата в многодозовых флаконах используйте различные иглы для набора лекарственного средства и проведения инъекции.

2. Дозировка

Правильная дозировка жизненно важна для эффективности продукта, особенно если это касается антибактериального препарата или вакцины.

Парентеральное введение избыточного количества препарата является экономически невыгодным и также может привести к осложнениям. При обработке животных необходимо строго соблюдать дозировки, указанные в наставлении (инструкции) по применению, непосредственно на упаковке (флаконе) или рекомендованные производителем препарата.

В некоторых случаях наблюдается несоответствие между заявленной длительностью действия инъекционного антибактериального средства и указанным периодом выведения. Пролонгированные формы препаратов не могут одновременно «длительно циркулировать в организме животного, оказывая антибактериальный эффект», и обладать коротким периодом выведения в 8-14 суток. При обнаружении подобного несоответствия в инструкции надо задуматься о честности производителя и качестве препарата. В тех случаях, когда период ожидания не указан, рекомендуется ориентироваться на период в 28 суток после последнего применения препарата.

При одновременном применении различных препаратов рекомендуется учитывать совместимость (химическую, фармакологическую). Известно, что одновременное использование антибактериальных препаратов бактерицидного и бактериостатического действия может привести к взаимному снижению эффективности (например, амоксициллин и тетрациклин). Сочетание же средств, оказывающих одинаковое действие на микробную клетку, позволяет значительно повысить антибактериальную активность и

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	044-80/11 ()
Лекционный комплекс	58 стр из 84

расширить спектр действия (например, дигидрострептомицин+пенициллин или спирамицин+окситетрациклин).

3. Шприцы и иглы

Выбор шприца остается на усмотрение ветеринарного специалиста, однако применяемый инструмент должен обеспечивать возможность использования необходимого объема и дозировки препарата. Более критичным является размер инъекционной иглы, которая должна соответствовать размерам животного (свиньи) и пути введения (подкожно, внутримышечно и т.д.). Также важно не использовать поврежденные или затупленные иглы.

Номенклатура игл достаточно разветвленная и предполагает отображение многих параметров. Например: маркировка 1A1-06 x 40-1-15 означает инъекционную иглу к шприцу типа Рекорд, прямую, диаметром 0,6мм, длиной 40мм, кинжальной формы заточки, с углом заострения 15°.

Инъекционные иглы зарубежного производства идентифицируются калибром – номером, сопровождаемым прописной буквой "G" и целым числом или дробью (длина в дюймах 2). Например, игла калибра 16G11/2 означает: "16" – калибр иглы, зависит от её диаметра; дробь после буквы "G" является длиной иглы, измеренной в дюймах. Таким образом, 16G11/2 игла калибра 16 длиной один с половиной дюйма (~3,8 см). Хотелось бы обратить внимание на два основных момента:

Увеличение номера калибра соответствует уменьшению размера иглы. Т.е. диаметр иглы 30G меньше чем 16G.

Нумерация калибра не линейная, а это означает, что удваивание номера калибра не ведет к двукратной разнице в размере.

Выбор иглы зависит от пути введения, возраста, вида, а в некоторых случаях породы животного. Применение правильной иглы – обязательное условие эффективного введения лекарственного средства!

Несоответствующая длина иглы может привести к тому, что продукт будет инъецирован неправильно, например, препарат, предназначенный для внутримышечного введения, попадет в подкожную или жировую ткань. Это снизит эффективность или даже сделает препарат полностью бесполезным (см. ниже). Применение слишком большой иглы причинит боль и возможно станет причиной последующих осложнений (например, абсцессов).

Средства для парентерального введения лекарственных веществ

Парентеральными называются способы применения лекарственных средств, при которых они вводятся не через желудочно-кишечный тракт.

Инъекцией называется введение лекарственных веществ внутривожно, подкожно, внутримышечно, внутрикостно, в спинномозговой канал при помощи шприца. Этот метод требует строгого соблюдения правил асептики, при нарушении которых в организм могут попасть болезнетворные микробы и развиваться инфекционные осложнения, приводящие иногда к смертельному исходу. Поэтому медсестра должна хорошо знать правила предстерилизационной подготовки инструментов, этапов стерилизации, обработки своих рук и кожи больного, технику парентерального введения лекарственных веществ, а главное — правила асептики: предохранение ран от микроорганизмов, которые могут вызвать инфекцию.

Инструменты, которыми пользуются при парентеральном введении лекарственных веществ, должны быть стерильны, а руки медсестры перед инъекцией тщательно вымыты, в стерильных перчатках. Для инъекций пользуются шприцами и иглами.

Шприц

Шприц — простейший насос для нагнетания и отсасывания жидкости. Шприц состоит из полого цилиндра, на одном конце которого имеется конус для насадки иглы, другой конец остается открытым для введения поршня, который посажен на стержень с рукояткой. Иногда на цилиндре бывает съёмная крышка для фиксации поршня. При оттягивании поршня в цилиндре создается отрицательное давление, вследствие чего через наконечник или полую иглу всасывается воздух или жидкость, которой надо наполнить шприц. При надавливании на поршень воздух или жидкость выдавливается из шприца. Шприц должен быть герметичен, т. е. не пропускать между цилиндром и поршнем ни воздуха, ни жидкости, иначе он не пригоден для использования. Поршень должен свободно двигаться в цилиндре, плотно прилегая к его стенкам.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Методы клинического исследования.
2. Основы медицинской этики и деонтологии.

12 -лекция

4.1. Тема: Клизмы.

4.2. Цель:

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Научиться качественно ухаживать за больными;
- Профилактика ВБИ (внутрибольничных инфекций).

4.3. Тезисы лекции:

Клизма как инструмент, (греч. κλύσμα от κλύω «чищу, промываю»; устаревшие термины клистир и груша) — медицинский инструмент, приспособление, предназначенное для постановки одноимённой процедуры, то есть для очищения и промывания прямой кишки и толстой кишки либо для введения в прямую или толстую кишку растворов лекарственных веществ. Используются также для аналогичной обработки (спринцевания) влагалища. Клизмы бывают двух видов: резиновые груши (также называемые спринцовки) и клизмы большого объёма, представляющие собой резервуар с трубкой (кружка Эсмарха).

Классификация клизм как медицинского инструментария

С резиновыми наконечниками

Клизмы в форме груши с мягкими резиновыми наконечниками имеют преимущество в меньшей травматичности и болезненности при введении, поскольку мягкий резиновый наконечник не может повредить или поцарапать слизистую кишки или влагалища при спринцевании. Такая грушка наиболее предпочтительна, особенно для маленьких детей. Вместе с тем из-за гибкости резинового наконечника его в принципе невозможно ввести при активном сопротивлении пациента (сокращении анального сфинктера), поэтому для активно сопротивляющихся пациентов приходится использовать твёрдые пластмассовые наконечники.

С пластмассовыми наконечниками

Обычная резиновая груша с пластмассовым наконечником

Пластмассовый наконечник имеет преимущество большей гигиеничности, может быть отсоединён от грушки и подвергнут стерилизации (кипячению). Кроме того, он может быть использован как одноразовый сменный наконечник, что особенно удобно в больничных условиях и исключает опасность заражения какими-либо инфекциями. Вместе

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		60 стр из 84

с тем пластмассовый наконечник более травматичен для слизистой, но в то же время — более эффективен.

С глубокими кишечными наконечниками

Глубокие кишечные наконечники имеют то преимущество, что при более глубоком введении жидкости у пациента возникает значительно меньше спазмов и позывов на дефекацию, так как более глубокие отделы прямой кишки менее чувствительны к растяжению, чем сравнительно узкий анус. Такие наконечники особенно подходят для введения лекарственных веществ, которые пациент должен удерживать в кишке, то есть когда сильные спазмы и позывы на дефекацию особенно нежелательны.

Кружка Эсмарха

Кружка Эсмарха представляет собой пластиковую или силиконовую (реже — металлическую) кружку ёмкостью 2 л с гибкой резиновой или пластизольевой отводной трубкой длиной 157 см. Ранее кружки Эсмарха изготавливались также из стекла и фаянса. Изобретение немецкого хирурга Ф. А. Эсмарха. Также существует одноразовая кружка Эсмарха, предназначенная для проведения лечебных или очистительных клизм, спринцеваний и орошений влагалища. Кружка Эсмарха представляет собой резервуар для жидкости объёмом от одного до двух литров с гибкой трубкой и зажимом. Ёмкость-мешок из мягкого прозрачного полиэтилена или поливинилхлорида имеет градуировку в миллилитрах от 50 до 2000 мл с ценой деления 250 мл, что даёт возможность эффективно контролировать введённый объём жидкости. Горловина мешка имеет многослойное отверстие, которое за счёт давления, создаваемого залитой жидкостью, препятствует обратному выливанию налитого раствора, что позволяет защитить пациента и медперсонал от случайного проливания жидкости. Кружка Эсмарха одноразовая имеет два отверстия для подвешивания на стойке. На трубке имеется запорный механизм для эффективного контроля скорости введения и объёма введенной жидкости. Торцевое отверстие диаметром 0,5 см и дополнительное боковое отверстие на расстоянии 1,5 см от дистального конца гарантируют эффективное проведение процедуры. В комплект кружки Эсмарха могут входить наконечники (жёсткий и мягкий). У одноразовой кружки Эсмарха съёмный наконечник, как правило, отсутствует, его функцию выполняет закруглённый атравматичный дистальный конец трубки, обработанный силиконовой смазкой, что обеспечивает безболезненное и лёгкое введение трубки на необходимую глубину. В аптеках чаще продаются кружки Эсмарха объёмом 2 л.

Грелка комбинированная

Грелка комбинированная позволяет ввести пациенту большой объём жидкости (до 1,5-2 л, некоторые модели до 5 л) за один раз, и более удобна для промывания толстой кишки, для постановки очистительных клизм, чем многократное введение грушек меньшего объёма. Это также позволяет избежать нежелательного раздражения заднего прохода и прямой кишки при многократном введении наконечника грушки. Вместе с тем грелка комбинированная, в отличие от грушек, не позволяет быстро (оперативно) изменять скорость вливания жидкости путём изменения давления на баллон груши (при использовании грелки приходится менять высоту её подвеса, что не так быстро) и не предоставляет обратной связи с пациентом (не видно увеличение внутрикишечного давления в момент спазма). Вследствие этого вливание клизмы из грелки, как правило, значительно труднее для пациента и вызывает больше нежелательных спазмов и позывов на дефекацию.

Также грелка комбинированная может быть использована как просто грелка для согревания каких-либо частей тела — почему и называется комбинированной.

Клизмой (от греческого слова “klisma” – промывание) называется процедура введения в толстую кишку каких-либо жидкостей с помощью различных приспособлений. С

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		61 стр из 84

лечебной целью клизмы применяются очень давно. В древнеиндийских рукописях описываются промывательные клизмы, имеются упоминания о таком лечении в египетских источниках.

Гиппократ разрабатывал метод очищения клизмами от вредных соков путем применения промывания желудка, слабительных средств и очистительных клизм. Особенно широкое применение клизмами в лечении получило в 16-18 веках, когда больным ставили до десятка клизм подряд. Накопленный и обобщенный опыт применения очистительных клизм позволяет утверждать, что очистительная клизма не является безобидной процедурой. Эта процедура является существенным вмешательством в функционирование толстой кишки и всего организма. Неоправданное бесконтрольное использование таких клизм может приводить к серьезным заболеваниям.

Что является показанием для постановки очистительной клизмы?

Очистительные клизмы, предназначенные для разжижения и удаления содержимого нижних отделов толстой кишки, используют при упорных запорах, для удаления токсичных веществ при отравлениях, перед операциями и родами, рентгенологическими исследованиями пищеварительного тракта и эндоскопическими исследованиями толстой кишки, перед применением лекарственных клизм.

Что является противопоказанием для постановки очистительной клизмы?

Противопоказаниями для постановки очистительных клизм служат острые воспалительные и эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки толстой кишки, некоторые острые хирургические заболевания органов брюшной полости (острый аппендицит, острый перитонит), желудочно-кишечные кровотечения, распадающиеся опухоли толстой кишки, первые дни послеоперационного периода после хирургического вмешательства на органах брюшной полости, тяжелая сердечно-сосудистая недостаточность.

Что представляет собой система для постановки очистительной клизмы?

Очистительную клизму ставят с помощью стеклянной или резиновой кружки Эсмарха (специальный резервуар объемом 1—2 л с отверстием), к которой прикрепляют резиновую трубку длиной около 1,5 м с резиновым, эбонитовым или стеклянным наконечником. На конце трубки расположен кран, с помощью которого можно регулировать поступление воды из кружки.

Какой может быть температура воды, используемой для клизмы?

Для очистительной клизмы взрослому человеку требуется обычно 1—1,5 л теплой воды (25—35 °С). Если необходимо стимулировать сокращения толстой кишки (при атонических запорах), то можно применять воду более низкой температуры (12—20 °С). Напротив, если необходимо расслабить гладкую мускулатуру кишечника (при спастических запорах), то используют воду с температурой 37—42 °С. Для усиления очистительного действия клизмы иногда добавляют 2—3 столовые ложки глицерина или растительного масла, или растворяют в воде 1 столовую ложку стружки детского мыла.

Как проводится подготовка к процедуре?

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

Какова техника постановки очистительной клизмы?

Первым и вторым пальцами левой руки раздвигают ягодицы больного, а правой рукой вращательными движениями осторожно вводят в прямую кишку на глубину 10—12 см

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	044-80/11 () 62 стр из 84

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. После этого открывают кран и вводят жидкость, поднимая кружку на высоту до 1 м. Если вода не поступает, необходимо несколько выдвинуть наконечник и увеличить напор воды, подняв кружку выше. Напротив, при возникновении болей по ходу толстой кишки, напор воды уменьшают. После окончания введения жидкости больного просят воздержаться от дефекации в течение 5—10 минут. Затем за счет стимуляции перистальтики толстой кишки происходит опорожнение ее нижних отделов от каловых масс. Использованные наконечники моют теплой водой с мылом и кипятят.

В каких случаях показано применение масляных клизм?

При упорных запорах, особенно спастического происхождения, применяют масляные клизмы. Для этого используют 100—200 г подогретого до температуры 37—38 °С любого растительного масла, которое вводят в прямую кишку с помощью резинового грушевидного баллончика или шприца Жане. Масляные клизмы, способствующие расслаблению стенки кишки и последующему усилению перистальтики, ставят обычно вечером (после процедуры больной должен спокойно полежать в течение получаса), при этом послабляющий эффект наступает через 10—12 часов, обычно утром.

В каких случаях используются гипертонические клизмы?

Для стимуляции опорожнения кишечника при атонических запорах используют также гипертонические (солевые) клизмы. 50—100 мл 10 % раствора хлорида натрия или 20—30 % раствора сульфата магния вводят в прямую кишку с помощью резинового баллончика или шприца Жане, после чего просят пациента воздержаться от дефекации в течение 20—30 минут. Поскольку гипертонические клизмы благодаря своему осмотическому действию способствуют выходу воды из тканей в просвет прямой кишки, то их применяют в борьбе с отеками, в частности с отеком мозговых оболочек.

В каких случаях показано применение сифонной клизмы?

Сифонные клизмы применяют с лечебной целью при различных отравлениях, интоксикации продуктами обмена веществ (например, при хронической почечной недостаточности), при динамической и механической кишечной непроходимости (в последнем случае в качестве предоперационной подготовки), а также при неэффективности очистительных клизм. Сифонные клизмы иногда используют и для диагностики кишечной непроходимости (отсутствие в промывных водах пузырьков газа и каловых масс служит одним из ее симптомов). Применение сифонных клизм при кишечной непроходимости противопоказано при подозрении на тромбоз или эмболию сосудов брыжейки.

В чем особенность системы для сифонной клизмы?

При постановке сифонной клизмы используют большую воронку емкостью 0,5—2 л, а также резиновую трубку длиной 1—1,5 м с диаметром не менее 1 см, соединенную с гибким резиновым наконечником или резиновой кишечной трубкой длиной 20—30 см. Вместо кишечной трубки и гибкого резинового наконечника можно воспользоваться толстым желудочным зондом.

Какова техника постановки сифонной клизмы?

Гибкий конец резиновой кишечной трубки или толстого желудочного зонда, смазанный вазелином, вводят через прямую кишку на глубину 20—30 см. Действие сифонной клизмы, так же как и промывание желудка, основано на принципе сообщающихся сосудов. Подсоединив воронку к наружному концу трубки, ее удерживают в несколько наклонном положении немного выше уровня таза пациента и заполняют жидкостью для промывания — чистой кипяченой водой, слабым раствором перманганата калия, 2 % раствором гидрокарбоната натрия. Воронку поднимают вверх примерно на 50

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		63 стр из 84

см выше уровня тела, после чего жидкости начинает поступать в кишечник. Как только жидкость в воронке дойдет до ее сужения, воронку опускают ниже уровня тела больного, и она начинает заполняться поступающей обратно из кишечника жидкостью вместе с пузырьками газа и каловыми массами. Перевернув воронку и вылив содержимое, процедуру промывания вновь повторяют до тех пор, пока из кишечника в воронку не будут поступать чистые промывные воды.

Обычно на одну сифонную клизму требуется 10—12 л жидкости.

Что представляют собой лекарственные клизмы?

К лекарственным клизмам относятся лечебные клизмы с введением различных лекарственных веществ. Лекарственные клизмы чаще всего являются микроклизмами, и их объем составляет обычно 50—100 мл.

Какова техника постановки лекарственной клизмы?

Для лекарственных клизм используют резиновый грушевидный баллончик или шприц Жане с длинным резиновым наконечником (катетером), который вводят в прямую кишку на глубину 10—12 см. Перед их применением, как правило, ставят очистительную клизму. Различают лекарственные клизмы общего (резорбтивного) и местного действия.

В каких случаях используются лекарственные клизмы местного действия?

Лекарственные клизмы местного действия применяют с расчетом на местный эффект вводимого лекарственного вещества.

Так, при воспалительных заболеваниях слизистой оболочки прямой и слепой кишки используют клизмы с настоем ромашки и колларголом, при воспалении предстательной железы применяют микроклизм с антипирином и т. д.

В каких случаях используются лекарственные клизмы общего действия?

Лекарственные клизмы общего действия применяют при невозможности или нежелательности перорального или парентерального введения лекарственных веществ.

При этом, как и при любом ректальном способе введения лекарственных средств вообще, различные лекарственные вещества всасываются в кровь, не попадая в печень и, следовательно, не разрушаясь в ней. С помощью лекарственных клизм вводят, например, некоторые снотворные средства (хлоралгидрат).

Что представляет собой и как делается капельная клизма?

При необходимости введения через прямую кишку; большого количества лекарственных растворов применяют капельные клизмы. Такая потребность может возникнуть, например, при обезвоживании организма (в частности, при упорной рвоте), когда внутривенное введение жидкости затруднено из-за большой вязкости крови. При постановке капельной клизмы в резиновую трубку; (ближе к кружке Эсмарха) вставляют капельницу и зажим. Через прямую кишку на глубину 20-30 см вводя трубку с резиновым наконечником.

Поступление соответствующих растворов (например, изотонического раствора хлорида натрия) регулируется; с помощью зажима и производится обычно со скоростью 60—100 капель в минуту.

В каких случаях и как делают крахмальные клизмы?

Крахмальные клизмы применяют как обволакивающее средство при колитах. В 100 мл прохладной воды разводят 5 г крахмала и, размешивая, понемногу добавляют 100 мл кипятка. Остужают раствор до 40 °С и вводят в кишку. В крахмале вводят и лекарственные средства общего действия, например, препараты наперстянки, хлоралгидрат, особенно в тех случаях, когда они раздражают слизистую оболочку прямой кишки. Для этого к лекарственному раствору (25 мл) добавляют 25 мл заваренного крахмала (1 г на 50 мл воды).

В каких случаях и как делают питательные клизмы?

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		64 стр из 84

Питательные клизмы используют как дополнительный метод введения в организм питательных веществ. В клизме вводят 5—10 % раствор глюкозы, растворы аминокислот. Объем клизмы не более 200 мл теплого раствора (37—38 °С) с добавлением 8—10 капель настойки опия для подавления кишечной перистальтики. В сутки можно поставить 3—4 клизмы. При необходимости ввести большие объемы питательных веществ используют капельное ректальное введение.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Методы клинического исследования.
2. Основы медицинской этики и деонтологии.

13 –лекция

4.1. Тема: Катетеризация мочевого пузыря.

4.2. Цель:

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Научиться качественно ухаживать за больными;
- Профилактика ВБИ (внутрибольничных инфекций).

4.3. Тезисы лекции:

Катетеризацию мочевого пузыря используют для следующих целей:

Получение образца мочи для исследования

Измерение объема остаточной мочи

Разрешения задержки мочи или недержания мочи

Доставки рентгеноконтрастных или лекарственных препаратов непосредственно в мочевой пузырь

Промывания мочевого пузыря

Катетеризация может производиться по уретре или надлобковым доступом.

Катетеры

Катетеры различаются калибром (толщиной), конфигурацией хвоста, числом ходов, размером баллона, типом материала и длиной.

Калибр описывают во французских (F) единицах, также известных как единицы Шарьера (Ch). Каждая единица соответствует 0,33 мм, таким образом, катетер 14Ch имеет диаметр 4,6 мм. Размеры колеблются от 12 до 24 F для взрослых и от 8 до 12 F для детей. Катетеры меньшего размера обычно подходят для обеспечения оттока мочи при отсутствии осложнений и эффективны для использования при стриктурах уретры и обструкции шейки мочевого пузыря; применение катетеров большего диаметра показано для промывания мочевого пузыря и при некоторых кровотечениях (например, при послеоперационном кровотечении или геморрагическом цистите), а также при пиурии, поскольку сгустки могут блокировать катетеры малого диаметра.

Кончики большинства катетеров имеют прямую конфигурацию (например, свисткообразный кончик катетера Робинсона) и используются для однократных катетеризаций (т.е. катетер удаляется сразу же после опорожнения мочевого пузыря). Катетеры Фолея (двухпросветные из латекса) имеют прямой наконечник и надувной баллон для удержания на месте. Другие самоудерживающиеся катетеры могут иметь расширенный кончик по типу шляпки гриба (катетер Пеццера) и четырехкрылой шляпки гриба (катетер Малекот); они используются при надлобковой катетеризации или при нефростомии. Изогнутые катетеры, у которых могут быть баллоны для самоудержания, имеют загнутый

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		65 стр из 84

кончик для облегчения прохождения через стриктуры и обструктивные участки (например, простатический отдел уретры).

Ходы имеются у всех катетеров, используемых для длительного дренирования мочи. Многие катетеры имеют ходы для раздувания баллона, ирригации или оба хода (например, 3-ходовой катетер Фоли).

Баллоны на постоянных катетерах имеют различные объемы: баллоны от 2,5 до 5 мл предназначены для использования у детей, а от 10 до 30 мл – для взрослых. Большие баллоны и катетеры обычно используются для лечения кровотечения; натяжение катетера прижимает баллон ко дну мочевого пузыря и оказывает давление на сосуды, уменьшая кровотечение, но при этом может способствовать ишемии. Рекомендуются, чтобы баллон был заполнен чистой водой.

Стилеты представляют собой гибкие металлические проводники, вставленные в катетер для придания ему жесткости и облегчения его проведения через стриктуры и обструктивные участки. Стилеты могут использоваться только квалифицированными врачами, владеющими техникой проведения данной манипуляции.

Материал катетера зависит от цели его использования. Пластиковые, латексные или поливинилхлоридные катетеры предназначены для однократного использования. Латексно-силиконовые, гидрогелевые или полимерные с серебрянным покрытием (для уменьшения бактериального загрязнения) катетеры предназначены для постоянного использования. Силиконовые катетеры используются у пациентов с аллергией на латекс.

Катетеризация уретры

Уретральный катетер может быть введен любым медицинским работником и иногда самим больным. Никакой предварительной подготовки пациента не требуется. Мочевой пузырь катетеризируют через уретру, если уретральный путь противопоказан.

Относительные противопоказания включают в себя следующее:

Стриктуры уретры

Настоящая инфекция мочеполовых путей (ИМП)

Реконструктивные операции на уретре или операции на мочевом пузыре

Травмы уретры

Катетеризация уретры начинается с тщательной очистки наружного отверстия мочеиспускательного канала антибактериальным раствором. Затем, используя строгую стерильную технику, катетер смазывается стерильным гелем и осторожно продвигается через уретру в мочевой пузырь. Для уменьшения дискомфорта в мужскую уретру перед проведением катетера может быть введен лидокаиновый гель. (См. также Как проводить катетеризацию уретры у женщин и Как проводить катетеризацию уретры у мужчин).

Осложнения катетеризации мочевого пузыря включают все нижеперечисленные:

Травма уретры или мочевого пузыря с кровотечением или микрогематурией (часто);

Инфицирование мочевых путей (часто)

Создание ложных ходов

Рубцевание и формирование стриктур

Перфорация мочевого пузыря (редко)

Парафимоз у необрезанных мужчин, если крайняя плоть не возвращается в нормальное положение

Катетер-ассоциированные инфекции мочевыводящих путей, как правило, приводят к увеличению заболеваемости, смертности, расходов на здравоохранение и длительности пребывания в стационаре. Рекомендации по сокращению уровня таких инфекций мочевыводящих путей включают следующее:

Применение катетеризации уретры только по весомым, медицински обоснованным показаниям (например, сведение к минимуму количества прикроватных посещений)

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	044-80/11 ()
Лекционный комплекс	66 стр из 84

медицинских работников для опорожнения мочевого пузыря не должно быть единственной целью катетеризации)

Максимально возможное раннее извлечение катетеров

Проведение катетеризации в строго асептических условиях

Поддержание стерильности и изолированности дренажной системы

Надлобковая катетеризация

Надлобковая катетеризация при чрескожной цистостомии выполняется урологом или другим опытным врачом. Предварительной подготовки пациента не требуется. Общие показания включают необходимость долговременного дренирования мочевого пузыря и невозможность проведения катетера по уретре или противопоказания к использованию катетера при необходимости катетеризации.

Противопоказания включают следующие:

Невозможность определить положение мочевого пузыря клинически или ультразвуковым методом

Пустой мочевой пузырь

Возможные спаечные процессы в области таза или нижних отделах брюшной полости (например, после хирургических вмешательств или лучевой терапии в области таза или нижних отделах брюшной полости)

После местной анестезии брюшной стенки в надлобковой области в мочевой пузырь проводится пункционная игла; при возможности используют ультразвуковое наведение. Затем катетер помещается через специальный троакар или по струне, проведенной через пункционную иглу. Наличие в анамнезе хирургического вмешательства в нижних отделах брюшной полости или ранее проведенной лучевой терапии являются противопоказанием к проведению иглы вслепую. Осложнения включают инфицирование мочевых путей, повреждение кишечника, кровотечение.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Методы клинического исследования.

2. Основы медицинской этики и деонтологии.

14 -лекция

4.1. Тема: Подготовка больного к лабораторным и инструментальным методам исследования.

4.2. Цель:

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Научиться качественно ухаживать за больными;
- Профилактика ВБИ (внутрибольничных инфекций).

4.3. Тезисы лекции:

Подготовка пациентов к лабораторным исследованиям

Лабораторные методы исследования служат важным этапом обследования больного. Полученные данные помогают оценке состояния больного, постановке диагноза, осуществлению наблюдения за состоянием пациента в динамике и течением заболевания, контролю проводимого лечения.

Виды лабораторных исследований:

Обязательные - назначают больным в соответствии со стандартами лечения (например, общие анализы крови и мочи).

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	044-80/11 () 67 стр из 84

Дополнительные - назначают строго по показаниям в зависимости от конкретного случая (например, исследование желудочного сока для изучения секреторной функции желудка).

Плановые - назначают через определённое количество дней после предыдущего исследования с целью наблюдения за больным в динамике и осуществления контроля лечения.

Неотложные - их назначают в urgentной (неотложной) ситуации, когда от полученных результатов исследования может зависеть дальнейшая тактика лечения.

Материал для лабораторного исследования:

Выделения человеческого организма - мокрота, моча, кал, слюна, пот, отделяемое из половых органов.

Жидкости, получаемые с помощью прокола или откачивания, - кровь, экссудаты и трансудаты, спинномозговая жидкость.

Жидкости, получаемые с помощью инструментально-диагностической аппаратуры, содержимое желудка и двенадцатиперстной кишки, жёлчь, бронхиальное содержимое.

Ткани органов (печени, почек, селезёнки, костного мозга) получаемые методом биопсии (прижизненное взятие небольшого объёма ткани для микроскопического исследования с диагностической целью); содержимое кист, опухолей, желёз.

Правила сбора биологического материала

Исследование крови

При исследовании крови необходимо помнить, что все процессы жизнедеятельности подвержены значительным вариациям под влиянием внешних факторов, таких как смена времени суток и года, приём пищи, изменение солнечной активности.

Биохимический состав биологических жидкостей подвержен индивидуальным колебаниям у различных людей, отражая влияние пола, возраста, характера питания, образа жизни.

Морфологический состав крови колеблется на протяжении суток. Поэтому осуществлять забор крови целесообразно в одно и то же время суток.

Вечером не следует употреблять жирную пищу, а утром натощак, до приёма лекарственных средств, сдать кровь.

В зависимости от цели исследования забор крови для лабораторного анализа осуществляют из пальца (капиллярная кровь) и из вены (венозная кровь):

Кровь из пальца берёт лаборант.

Этот анализ необходим для: количественного и качественного изучения форменных элементов крови (эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов), определения количества в крови гемоглобина и скорости оседания эритроцитов (СОЭ). Такой анализ называют общим анализом крови.

В ряде случаев из пальца берут кровь для определения содержания в крови глюкозы, свёртываемости крови и времени кровотечения

Кровь из вены берёт процедурная медицинская сестра посредством пункции в большинстве случаев локтевой вены.

Этот анализ необходим для количественного изучения биохимических показателей крови (печёночных проб, ревматологических проб, содержания глюкозы, фибриногена, мочевины, креатинина и др.), обнаружения возбудителей инфекции (взятие крови на гемокультуру и определение чувствительности к антибиотикам), антител к ВИЧ и др. Объём забираемой из вены крови зависит от количества определяемых компонентов - обычно из расчёта 1-2 мл на каждый вид исследования.

Биохимические, иммунологические, гематологические исследования

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	044-80/11 ()
Лекционный комплекс	68 стр из 84

Взятие крови проводится натощак. За 12 часов до исследования необходимо воздержаться от приема пищи, алкоголя и курения, прием препаратов оговаривается с лечащим врачом.

За 20-30 минут ограничить физическую и эмоциональную активность.

Не рекомендуется проводить забор крови для исследований непосредственно после физиотерапевтических процедур, рентгеновского обследования, после приема алкоголя, наркотиков (за исключением специального обследования на присутствие этих компонентов в крови).

Очень важно, чтобы Вы точно следовали указанным рекомендациям т.к. только в этом случае будут получены достоверные результаты исследований крови.

Исследование мочи

Исследование мочи имеет большое диагностическое значение не только при заболеваниях почек и мочевыводящих путей, но и при болезнях других органов и систем.

Методы исследования мочи:

Общий анализ мочи:

определяют цвет, прозрачность, запах, реакцию, относительную плотность;

проводят микроскопию осадка, составляющими которого выступают форменные элементы (эритроциты, лейкоциты, эпителиальные клетки, цилиндры, а также кристаллы и аморфные массы солей);

осуществляют химический анализ на выявление белка, глюкозы, кетоновых тел, билирубина и уробилиновых тел, минеральных веществ;

Проба Нечипоренко

подсчитывают количество форменных элементов в 1 мл мочи;

Проба Зимницкого (для оценки концентрационной и выделительной функций почек)

проводят сопоставление относительной плотности мочи в порциях, собранных в разные периоды одних суток (начиная с 6 ч утра каждые 3 ч в отдельные банки), и анализ соотношения дневного и ночного диуреза;

Бактериологическое исследование мочи:

проводят при инфекционных заболеваниях почек и мочевыводящих путей;

Определение ряда параметров в моче, собранной за сутки: суточный диурез, содержание белка, глюкозы и др.

Подготовка к исследованиям

Утром необходимо подмыть наружные половые органы и промежность тёплой водой с мылом в определённой последовательности (область лобка, наружные половые органы, промежность, область заднего прохода) и вытереть насухо кожу в таком же порядке. После гигиенической процедуры пациент должен выпустить начальную порцию мочи в унитаз, а затем собрать в банку 150-200 мл мочи (так называемая средняя порция струи мочи). Наиболее информативным является анализ мочи, собранной утром после сна, т. к. первая утренняя порция мочи обычно самая концентрированная.

Ёмкости с крышкой для сбора мочи должны быть подготовлены заранее: вымыты раствором детергента или мылом, ополоснуты не менее 3 раз для удаления остатков моющего вещества и тщательно высушены. Собранная для исследования моча должна быть доставлена в лабораторию не позднее чем через 1 ч после сбора. Хранение мочи до проведения анализа допускается только в холодильнике максимум в течение 1,5 часов.

Особенности сбора мочи при различных методах исследования:

Общий анализ мочи: после гигиенической процедуры в чистую ёмкость собирают среднюю порцию мочи (150-200 мл).

Проба по Нечипоренко: после гигиенической процедуры в чистую ёмкость собирают среднюю порцию мочи (40 мл).

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс	044-80/11 () 69 стр из 84

Проба Зимницкого: пациент должен в 6 ч утра помочиться в унитаз, после этого последовательно собирать мочу в пронумерованные ёмкости, меняя их каждые 3 ч. Если мочи в течение 3 ч не оказывается, ёмкость остаётся пустой. Все восемь ёмкостей должны быть промаркированы с указанием номера порции и времени сбора мочи:

- № 1, 6.00-9.00;
- № 2, 9.00-12.00;
- № 3, 12.00-15.00;
- № 4, 15.00-18.00;
- № 5, 18.00-21.00;
- № 6, 21.00-24.00;
- № 7, 24.00-3.00;
- № 8, 3.00-6.00.

Бактериологическое исследование мочи: после гигиенической процедуры собрать 10-15 мл мочи из средней порции в стерильную пробирку и немедленно закрыть её пробкой.

Сбор суточной мочи: пациент должен в 8 ч утра помочиться в унитаз, затем собирать мочу в градуированную ёмкость или трёхлитровую банку в течение суток до 8 ч утра следующего дня включительно. Если планируется анализ суточной мочи на глюкозу, белок и др., после сбора мочи нужно измерить общее количество мочи и указать его в направлении, затем тщательно размешать деревянной палочкой всю мочу и отлить во флакон 100-150 мл мочи для лаборатории.

Исследование мокроты

Мокрота представляет собой патологический секрет, выделяющийся из дыхательных путей при кашле.

Основные методы исследования мокроты:

Общий анализ мокроты:

определяют количество, цвет, запах, консистенцию, характер мокроты;

проводят микроскопическое исследование мокроты с целью обнаружения скопления клеточных элементов, кристаллов Шарко-Лейдена, эластических волокон, спиралей Куршмана, элементов новообразований (атипичных клеток) и др.;

осуществляют химический анализ для определения белка и его количества, определение билирубина.

Бактериологическое исследование мокроты:

выявление в мокроте микрофлоры и определение её чувствительности к антибиотикам;

анализ мокроты на наличие микобактерий туберкулёза.

Подготовка к исследованиям

Чтобы собрать мокроту, пациент должен в 8 ч утра натошак почистить зубы и тщательно прополоскать рот кипячёной водой. Затем нужно сделать несколько глубоких вдохов или дождаться позыва на кашель, после чего откашлять мокроту (в объёме 3-5 мл) в заранее приготовленную чистую сухую градуированную банку и закрыть её крышкой. Для сбора мокроты с целью бактериологического исследования выдают стерильную ёмкость; в этом случае нужно предупредить пациента, чтобы он не касался краёв посуды руками или ртом. При сборе мокроты на атипичные клетки необходимо немедленно доставить материал в лабораторию, так как опухолевые клетки быстро разрушаются.

Исследование кала

Исследование кала - важная составная часть обследования пациентов, особенно с заболеваниями ЖКТ.

Основные методы исследования кала:

Копрологическое исследование (греч. *kopros* - кал) - изучают переваривающую способность различных отделов пищеварительного тракта:

определяют цвет, плотность (консистенцию), оформленность, реакцию (рН), наличие видимых примесей (остатки пищевых продуктов, гной, кровь, слизь, конкременты, гельминты);

проводят микроскопическое исследование кала, позволяющее выявить остатки белковой (мышечные и соединительные волокна), углеводной (растительная клетчатка и крахмал) и жировой (нейтральный жир, жирные кислоты, мыла) пищи, клеточные элементы (лейкоциты, эритроциты, макрофаги, кишечный эпителий, клетки злокачественных опухолей), кристаллические образования (трипельфосфаты, оксалаты кальция, кристаллы холестерина, Шарко-Лейдена, гематоидина), слизь;

осуществляют химический анализ на определение пигментов крови, стеркобилина, аммиака и аминокислот, растворимой слизи.

Анализ кала на скрытую кровь - реакции Грегерсена, Вебера.

Анализ кала на наличие простейших и яиц гельминтов.

Бактериологическое исследование для выявления возбудителя инфекционного заболевания кишечника.

Подготовка пациента для сдачи кала состоит из следующих этапов:

Отмена медикаментов: за 2-3 дня до исследования пациенту следует отменить лекарственные средства, примеси которых могут влиять на внешний вид каловых масс, помешать микроскопическому исследованию и усилить перистальтику кишечника (препараты висмута, железа, бария сульфат, пилокарпин, эфедрин, активированный уголь, слабительные средства, препараты, вводимые в ректальных свечах, приготовленных на жировой основе, масляные клизмы).

Коррекция пищевого режима: при копрологическом исследовании пациенту за 5 дней до сдачи кала назначают пробную диету, содержащую точно дозированный набор продуктов.

Обычно применяют диету Шмидта (2250 ккал) и/или диету Певзнера (3250 ккал). Диета Шмидта - щадящая, в её состав входят овсяная каша, нежирное мясо, картофельное пюре, яйцо, пшеничный хлеб и напитки (молоко, чай, какао). Диета Певзнера разработана по принципу максимальной для здорового человека пищевой нагрузки, в её состав входят поджаренное мясо, гречневая и рисовая каши, жареный картофель, салаты, квашеная капуста, масло, ржаной и пшеничный хлеб, свежие фрукты, компот. С помощью этих диет легче выявить степень усвоения пищи (степень недостаточности пищеварения).

При анализе кала на скрытую кровь пациенту за 3 дня до сдачи кала назначают молочно-растительную диету и исключают железосодержащие продукты (мясо, печень, рыбу, яйца, томаты, зелёные овощи, гречневую кашу, свёклу), так как они могут выступать катализаторами в реакциях, используемых для обнаружения крови.

Подготовка к исследованиям

Сбор кала осуществляется в чистые сухие пластиковые или стеклянные контейнеры с герметично закрывающимися крышками. Недопустимо доставлять кал на исследование в спичечных или картонных коробках.

Правила сбора кала

Кал не должен содержать посторонних примесей (мочи, отделяемого мочеполовых органов). Нельзя собирать фекалии после клизм. Если необходимо знать точное количество испражнений, то пустую емкость перед сбором и после сбора материала взвешивают.

Пациенту рекомендуется помочиться в унитаз, далее путем естественной дефекации в подкладное судно или горшок собираются испражнения (следить, чтобы не попала моча).

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		71 стр из 84

Для исследования достаточно 10-15 г кала. Кал, взятый из разных мест, в количестве 1 г, собирается в чистую, сухую емкость.

Для паразитологических исследований кала специальной подготовки не требуется. Ложечкой собирают 10-15 гр. теплого кала, взятого из разных мест.

Кал следует доставить в лабораторию в течение 8 ч после сбора (в условиях стационара - в течение 1 ч). Исследуют кал не позднее 8-12 ч после его выделения, а до этого его сохраняют при температуре от 3 до 5 °С. Наиболее точное представление о функциональном состоянии пищеварительного тракта даёт трёхкратное исследование фекалий.

Общий клинический анализ крови (ОАК) — врачебный анализ, позволяющий оценить содержание гемоглобина в системе красной крови, количество эритроцитов, цветовой показатель, количество лейкоцитов, тромбоцитов. Клинический анализ крови позволяет рассмотреть лейкограмму и скорость оседания эритроцитов (СОЭ).

С помощью данного анализа можно выявить анемии (снижение гемоглобина — лейкоцитарная формула), воспалительные процессы (лейкоциты, лейкоцитарная формула) и т. д. Чаще всего проводится как один из диагностических общеклинических обследований пациента (больного).

Проведение анализа

Одноразовые медицинские скарификаторы для прокола кожи перед забором на анализ периферической крови

Прокол кожи пальца одноразовым автоматическим скарификатором в пластиковом корпусе

Забор крови для проведения анализа необходимо производить натошак, и производится он двумя способами:

- из пальца (как правило — безымянного);
- из вены.

В целях мониторинга состояния здоровья пациента во времени результаты общего анализа крови целесообразнее сравнивать по одинаковым типам биоматериала, либо с учетом отклонений результатов капиллярной крови относительно аналогичных показателей венозной.

Методы исследования

Сегодня для проведения анализа чаще всего используют автоматические анализаторы или используют методы микроскопических исследований.

Показатели крови.

В настоящее время большинство показателей выполняют на автоматических гематологических анализаторах, которые в состоянии одновременно определять от 5 до 24 параметров. Из них основными являются количество лейкоцитов, концентрация гемоглобина, гематокрит, количество эритроцитов, средний объём эритроцита, средняя концентрация гемоглобина в эритроците, среднее содержание гемоглобина в эритроците, полуширина распределения эритроцитов по размерам, количество тромбоцитов, средний объём тромбоцита.

WBC (white blood cells — белые кровяные тельца) — абсолютное содержание лейкоцитов — форменных элементов крови — отвечающих за распознавание и обезвреживание чужеродных компонентов, иммунную защиту организма от вирусов и бактерий, устранение отмирающих клеток собственного организма.

RBC (red blood cells — красные кровяные тельца) — абсолютное содержание эритроцитов — форменных элементов крови — содержащих гемоглобин, транспортирующих кислород и углекислый газ.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	044-80/11 ()
Лекционный комплекс	72 стр из 84

HGB (Hb, hemoglobin) — концентрация гемоглобина в цельной крови (норма 120—140 г/л). Для анализа используют цианидный комплекс или бесцианидные реактивы (как замена токсичному цианиду). Измеряется в молях или граммах на литр или децилитр.

HCT (hematocrit) — гематокрит (норма 0,39—0,49), часть (% = л/л) от общего объема крови, приходящаяся на форменные элементы крови. Кровь на 40—45 % состоит из форменных элементов (эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов) и на 60—55 % из плазмы. Гематокрит это соотношение объема форменных элементов к плазме крови. Считается, что гематокрит отражает соотношение объема эритроцитов к объему плазмы крови, так как в основном эритроциты составляют объем форменных элементов крови. Гематокрит зависит от количества RBC и значения MCV и соответствует произведению RBC*MCV.

PLT (platelets — кровяные пластинки) — абсолютное содержание тромбоцитов— форменных элементов крови — участвующих в гемостазе.

Инструментальные методы исследования

УЗИ органов брюшной полости

Перечень документов для исследования:

Направление (форма № 057/у) и выписка из МКАБ (форма № 027/у) – если исследование будет проводиться в другом здании поликлиники или другой МО

Данные предыдущих исследований/стационарного лечения – если имеются.

Подготовка пациента:

Исследование проводится натощак – за 6 часов до процедуры нельзя есть и пить

За 3 дня до предстоящего исследования рекомендована легкая диета: исключаются продукты, усиливающие перистальтику кишечника и газообразование (мучные изделия, черный хлеб, сырые овощи и фрукты, бобовые, молоко, соки, газированные и алкогольные напитки)

При повышенном газообразовании рекомендовать пациенту в течение трех дней принимать препараты-адсорбенты (активированный уголь, лигнин гидролизный, кремния диоксид коллоидный)

За 3 дня до процедуры не проводить рентгеновские исследования с введением

За сутки до исследования не проводить гастроскопию, колоноскопию, клизмы.

УЗИ органов малого таза

Перечень документов для исследования:

Направление (форма № 057/у) и выписка из МКАБ (форма № 027/у) – если исследование будет проводиться в другом здании поликлиники или другой МО

Данные предыдущих исследований/стационарного лечения – если имеются.

Подготовка пациента:

Исследование проводится натощак – за 6 часов до процедуры нельзя есть и пить

За 3 дня до предстоящего исследования рекомендована легкая диета: исключаются продукты, усиливающие перистальтику кишечника и газообразование (мучные изделия, черный хлеб, сырые овощи и фрукты, бобовые, молоко, соки, газированные и алкогольные напитки)

При повышенном газообразовании рекомендовать пациенту в течение трех дней принимать препараты-адсорбенты (активированный уголь, лигнин гидролизный, кремния диоксид коллоидный)

За 3 дня до процедуры не проводить рентгеновские исследования с введением

За сутки до исследования не проводить гастроскопию, колоноскопию, клизмы.

Трузи

Обязательный перечень документов для исследования:

Направление (форма № 057/у) и выписка из МКАБ (форма № 027/у) – если исследование будет проводиться в другом здании поликлиники или другой МО

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	044-80/11 ()
Лекционный комплекс	73 стр из 84

Данные предыдущих исследований/стационарного лечения – если имеются.

Подготовка пациента:

За 3 дня до предстоящего исследования рекомендована лёгкая диета: исключаются сырые овощи и фрукты, бобовые, молоко, соки, газированные и алкогольные напитки

За 2–3 дня необходимо исключить препараты, способствующие разжижению крови, например аспирин, плавикс и т.д. Обязательна предварительная консультация своего лечащего врача (кардиолога)

Последний прием пищи желательно совершить за 12 часов до процедуры. Если процедура назначена на утро, ужин накануне должен быть не позднее 19 часов и состоять из легких блюд, например легкий куриный суп, нежирный творог с натуральным йогуртом

За 3–4 часа до исследования необходимо опорожнить кишечник. Сделать клизму или выпить предварительно слабительное

Перед исследованием необходимо наполнить мочевого пузыря, как при УЗИ мочевого пузыря. (Важно: газированная вода не подходит для подготовки к исследованию простаты – это может исказить результаты, в связи с чем возникнет необходимость повторного ТРУЗИ.)

Нельзя проводить ТРУЗИ предстательной железы при анальных трещинах.

УЗИ молочных желез

Обязательный перечень документов для исследования:

Направление (форма № 057/у) и выписка из МКАБ (форма № 027/у) – если исследование будет проводиться в другом здании поликлиники или другой МО

Данные предыдущих исследований/стационарного лечения – если имеются.

Подготовка пациента:

Для женщин репродуктивного возраста исследование желательно проводить на 5–10-й день цикла (считая от первого дня начала менструации)

Для женщин в менопаузе исследование можно проводить в любое удобное время.

Маммография

Обязательный перечень документов для исследования:

Направление (форма № 057/у) и выписка из МКАБ (форма № 027/у) – если исследование будет проводиться в другом здании поликлиники или другой МО

Данные предыдущих исследований/стационарного лечения – если имеются.

Подготовка пациента:

Для женщин репродуктивного возраста исследование желательно проводить с 6-го по 11-й день менструального цикла

Для женщин в менопаузе исследование можно проводить в любое удобное время

В день исследования рекомендовать пациенту не использовать дезодоранты на основе талька и мази на основе цинка.

ЭГДС

Обязательный перечень документов для исследования:

Направление (форма № 057/у) и выписка из МКАБ (форма № 027/у) – если исследование будет проводиться в другом здании поликлиники или другой МО

Данные предыдущих исследований/стационарного лечения – если имеются

Результаты анализов: RW, ВИЧ, Гепатит В и С сроком давности не менее 6 мес. ОАК и Коагулограмма – по необходимости.

Подготовка пациента:

Исследование проводится строго натощак! Последний прием пищи – накануне вечером не позднее 19:00

Если пациент постоянно принимает какие-либо препараты, их нужно принять за три часа до исследования, запив небольшим количеством воды

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 74 стр из 84

Если пациент принимает препараты, влияющие на свертываемость крови (антикоагулянты: гепарин, натрия гидроцитрат, неодикумарин, синкумар; антиагрегантные средства: ацетилсалициловая кислота, дипиридамол, пентоксифиллин, тиклопидин), необходимо накануне проконсультироваться с врачом, назначившим эти лекарственные средства, с решением вопроса о предстоящем исследовании с возможной биопсией

За 5 дней до процедуры пациенту необходимо избегать приема железосодержащих препаратов, активированного угля, висмут содержащих препаратов

Важно: пациентам с эпилепсией выполнение ЭГДС показано только в условиях внутривенной седации! Пациентам с аритмией, перенесенным инфарктом миокарда, инсультом следует накануне проконсультироваться с кардиологом и неврологом. Пациентам с сахарным диабетом необходимо записаться на ЭГДС в утренние часы и взять принимаемые лекарственные препараты с собой (таблетированные формы, инсулин). Обязательно проконтролировать уровень глюкозы перед исследованием. Проверить уровень глюкозы крови утром перед исследованием. Пациентам с бронхиальной астмой необходимо взять с собой ингалятор.

Колоноскопия

Обязательный перечень документов для исследования:

Направление (форма № 057/у) и выписка из МКАБ (форма № 027/у) – если исследование будет проводиться в другом здании поликлиники или другой МО

Данные предыдущих исследований/стационарного лечения – если имеются

Результаты анализов: RW, ВИЧ, Гепатит В и С сроком давности не менее 6 мес. ОАК и Коагулограмма – по необходимости.

Подготовка пациента:

За 3 дня до исследования необходимо соблюдение диеты с низким содержанием клетчатки. Разрешается молоко, сыр, сметана, сливочное масло, йогурт без добавок и наполнителей, кисломолочные продукты; мясо, птица и рыба нежирных сортов (в отварном, паровом или тушеном виде); макаронные изделия; хорошо проваренный белый рис без добавок, яйца, сахар, мед (не в сотах). Разрешенные продукты не должны содержать мелкие косточки, зерна, семена, отруби. Жидкости: бульоны (прозрачные, процеженные), сок без мякоти, чай, вода, безалкогольные неокрашенные напитки. Исключаются: сосиски, колбасы, жесткое мясо с хрящами, консервы; овощи, включая картофель, зелень, грибы, морская капуста, морские водоросли; фрукты, включая сухофрукты, ягоды, варенье, желе, джем, мармелад; все хлебобулочные и мучные изделия, крупы, каши, злаковые, бобовые; орехи, семечки, кунжут, мак (в любом виде, в том числе и в сушках, булочках и т.д, морепродукты, чипсы, гамбургеры, шоколад. Жидкости: алкоголь, газированные напитки, кофе, компот, кисель

Накануне исследования принимать пищу можно до 13:00, далее пить прозрачные жидкости в любом количестве: утром – легкий завтрак (согласно списку разрешенных продуктов), до 13:00 – обед (также согласно списку разрешенных продуктов), ужин – только разрешенные жидкости (прозрачные бульоны, чай, сок без мякоти, вода, безалкогольные неокрашенные напитки). Прием твердой пищи рекомендуется полностью исключить

Утром в день исследования после окончания подготовки можно выпить сладкий чай, прозрачные жидкости. Прекратить прием всех жидкостей следует не позже, чем за 2 часа до исследования. Прием очищающих препаратов. – Препарат для очищения кишечника – предпочтение отдается малообъемным препаратам, например малообъемный макрогол 3350 (полиэтиленгликоль 3350/ПЭГ 3350) с аскорбатным комплексом – препарат мовипреп (2 литра). Пеногаситель – симетикон. – Если колоноскопия назначена с 8:00 до 14:00, проводится двухэтапная подготовка. Вечером накануне исследования необходимо выпить

1 литр мовипрепа с 18:00 до 19:00 (или с 19:00 до 20:00), после чего выпить еще 500 мл разрешенной жидкости (вода, прозрачный бульон, фруктовый сок без мякоти, компот без ягод, безалкогольные неокрашенные напитки, чай). Утром в день исследования выпить еще 1 литр мовипрепа (с 6:00 до 7:00, если исследование назначено на 10:00 или 11:00), в который необходимо добавит 1/4 флакона эмульсии симетикона (сироп, т.е. жидкая форма! Не таблетки и не капсулы!), после чего выпить еще 500 мл разрешенной жидкости (вода, прозрачный бульон, фруктовый сок без мякоти, компот без ягод, безалкогольные неокрашенные напитки, чай). Время утреннего приема препаратов пациента выбрать таким образом, чтобы от момента окончания приема препарата до исследования прошло минимум 2 часа и максимум 4 часа. – Если исследование назначено с 14:00 до 19:00. Утренняя одноэтапная подготовка. Утром в день исследования выпить 2 литра препарата (мовипреп) для очистки кишечника и после каждого литра еще по 500 мл разрешенной жидкости (вода, прозрачный бульон, фруктовый сок без мякоти, компот без ягод, безалкогольные неокрашенные напитки, чай), во второй литр необходимо добавить 1/4 флакона эмульсии симетикона (сироп, т.е. жидкая форма! Не таблетки и не капсулы!). Раствор следует пить дробно, небольшими глотками (залпом не пить!) по 250 мл (1 стакан) каждые 15 минут. В самом начале приема раствора препарата или при быстром его приеме в большом количестве может появиться тошнота, рвота. При затруднении приема раствора препарата, связанном с его вкусовыми качествами, можно пить раствор охлажденным, через коктейльную трубочку (соломинку), в промежутках пить или запивать раствор небольшим количеством воды, сладкого чая, а также рассасывать леденцовую карамель (конфетки леденцы типа «барбарис»), мед, лимон и т.д. Облегчает прием добавление симетикона в раствор мовипрепа. Во время приема препарата рекомендуется соблюдать двигательную активность: ходить по квартире, выполнять круговые движения корпусом, наклоны в стороны, вперед-назад, приседания, можно выполнять самомассаж живота, особенно в случаях замедленного действия препарата. Препарат начинает действовать индивидуально: в среднем через 1–2 часа от начала приема появляется первый стул. Активное действие препарата продолжается индивидуально: в среднем в течение 2 часов (в это время будет интенсивный жидкий стул). К моменту окончания подготовки стул должен измениться на прозрачную бесцветную или слегка окрашенную жидкость, что свидетельствует о готовности к обследованию. Закончить прием препарата необходимо за 2–4 часа до назначенного времени исследования. Проведение исследования желательно в промежутке от 2 до 4 часов после окончания приема препарата.

Важная дополнительная информация. Если пациент принимает препараты, нормализующие артериальное давление, сердечный ритм и т.д., прием их обязателен в обычном режиме! Прием данных препаратов рекомендуется не ранее, чем через 1 час после окончания приема мовипрепа. Если пациент принимает препараты, разжижающие кровь, необходимо указать это в МКАБ и предупредить об этом врача-эндоскописта до исследования

При хронических запорах – за 3–5 дней (в зависимости от выраженности запоров) до подготовки к исследованию начать принимать слабительные нерастительного происхождения (Гутталакс, Дульколак, Слабилен и т. д.), желательно по рекомендации врача-гастроэнтеролога. Диарея (жидкий стул) является ожидаемым эффектом при подготовке кишечника

Категорически нельзя уменьшать объем жидкости препарата для подготовки к исследованию

Не рекомендуется дополнительно (или вместо) проводить процедуру очищения толстой кишки клизмами. – Не рекомендуется принимать вазелиновое масло, если предполагается проведение исследования под внутривенной анестезией. – Не

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	044-80/11 ()
Лекционный комплекс	76 стр из 84

рекомендуется в день исследования водить машину, управлять какими-либо механизмами, принимать важные решения. Желательно, чтобы пациента встретили и проводили домой.

Рентгенография верхних отделов ЖКТ

Обязательный перечень документов для исследования:

Направление (форма № 057/у) и выписка из МКАБ (форма № 027/у) – если исследование будет проводиться в другом здании поликлиники или другой МО. • Данные предыдущих исследований/стационарного лечения – если имеются.

Подготовка пациента:

Исследование выполняют строго натощак, нельзя ничего есть, пить, принимать спиртное, курить

Прием лекарственных препаратов перед исследованием согласовать с врачом, назначившим данные лекарственные препараты

До выполнения исследования от момента последнего приема пищи должно пройти не меньше 6 часов

Накануне исследования – ранний легкий ужин, не позже 20:00

Накануне исследования нельзя есть продукты, вызывающие метеоризм, – капусту, бобовые, свежий хлеб, выпечку, сладости и так далее.

Суточное мониторирование ЭКГ

Обязательный перечень документов для исследования:

Направление (форма № 057/у) и выписка из МКАБ (форма № 027/у) – если исследование будет проводиться в другом здании поликлиники или другой МО

Данные предыдущих исследований/стационарного лечения – если имеются.

Подготовка пациента: Не требуется.

При проведении исследования пациенты должны соблюдать следующие рекомендации:

в течение всех суток необходимо заполнять дневник пациента

необходимо описывать в столбце активность, что делал, с обязательным указанием времени: пробуждение, отдых, ходьба, транспорт, просмотр телевизора, чтение, принятие пищи, прогулка, бег, подъем по лестнице, сон, ночные пробуждения и др., с указанием времени в первом столбце

необходимо отмечать периоды отдыха в горизонтальном положении днем и уточнять те моменты, когда задремал

обязательно отмечать в столбце симптомы: боли в сердце, головную боль и т.д.

обязательно отмечать в столбце прием лекарств, прием всех лекарственных препаратов.

Суточное мониторирование АД

Обязательный перечень документов для исследования:

Направление (форма № 057/у) и выписка из МКАБ (форма № 027/у) – если исследование будет проводиться в другом здании поликлиники или другой МО

Данные предыдущих исследований/стационарного лечения – если имеются.

Подготовка пациента: Не требуется.

Информация по проведению исследования:

Прибор будет измерять артериальное давление пациента, надувая надетую на плечо манжету и затем постепенно спуская из нее воздух. Измерения происходят автоматически через определенный интервал времени. Днем это 15 или 30 мин., ночью – 30 или 60 мин.

При проведении исследования пациенты должны соблюдать следующие рекомендации:

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		77 стр из 84

следить за положением манжеты. Нижний край манжеты должен быть выше локтевого сгиба на 1–2 пальца. Если манжета соскользнула вниз на локоть, расстегнулась, или перекрутилась и надувается «пузырем» с одной стороны, необходимо ее поправить необходимо останавливаться и держать руку, включая кисть и пальцы, расслабленной, каждый раз, как только слышен звуковой сигнал прибора или в манжету нагнетается воздух. В противном случае данное измерение может оказаться неудачным и прибор через 2–3 минуты может его повторить, что может привести к болевым ощущениям. Измерение заканчивается, когда воздух из манжеты полностью выйдет. Нужно следить, чтобы трубка, соединяющая монитор с манжетой, не пережималась

если измерение доставляет пациенту чрезмерный дискомфорт или невозможно обеспечить неподвижность руки, нужно нажать кнопку «СТОП». Следующее измерение будет выполняться через заданный интервал времени

для проведения дополнительного измерения (например, при симптомах подъема давления) нужно нажать кнопку «СТАРТ» на передней панели прибора. Если воздух из манжеты не стравливается полностью или есть признаки неисправности монитора, пациент может снять манжету, обязательно отсоединить ее от прибора и принести монитор в кабинет врача

если на мониторе нет индикации времени, значит, элементы питания разрядились и дальнейшая работа монитора невозможна. В этом случае выключите монитор и принесите его в кабинет врача

если пациенту необходимо на время снять манжету, обязательно нужно отсоединить ее от монитора. В противном случае она может порваться

в течение всех суток пациент должен заполнять дневник пациента

в столбце активность написать, что делал: пробуждение, отдых, ходьба, транспорт, просмотр телевизора, чтение, принятие пищи, прогулка, бег, подъем по лестнице, сон, ночные пробуждения и др., с указанием времени в первом столбце

обязательно отмечать периоды отдыха в горизонтальном положении днем и уточнять те моменты, когда задремал

обязательно отмечать в столбце симптомы боли в сердце, головную боль и т.д.

обязательно отмечать в столбце прием лекарств, прием всех лекарственных препаратов.

При проведении ортопробы необходимо проинструктировать пациента:

Проба проводится либо в течение первых двух часов после начала мониторинга, либо в вечернее время (20–22 часа)

В вертикальном положении пациент нажимает 3 раза кнопку «СТАРТ» с интервалом в 3 минуты между каждым нажатием, следуя при этом общим правилам поведения при измерении АД. Не стоит неподвижно стоять в ходе всего этого эпизода исследования, но обязательно останавливаться в моменты измерения

Нужно перейти в горизонтальное положение. Через 1 мин. нажать первый раз кнопку «СТАРТ». С интервалом в 3 минуты 3 раза нажать кнопку «СТАРТ». Если при проведении пробы у пациента возникли неприятные ощущения, нужно зафиксировать их в дневнике.

Нагрузочные пробы (тредмил-тест, ВЭМ)

Обязательный перечень документов для исследования:

Направление (форма № 057/у) и выписка из МКАБ (форма № 027/у) – если исследование будет проводиться в другом здании поликлиники или другой МО

Данные предыдущих исследований/стационарного лечения – если имеются.

Подготовка пациента:

Необходимо отменить (или скорректировать терапию индивидуально) следующие препараты перед исследованием:

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 78 стр из 84

бета-блокаторы – отмена за 48–72 часа до исследования
 нитраты, вазоактивные препараты – отмена в день исследования
 антиагреганты- контроль терапии.

Пациент должен взять с собой на исследование все постоянно принимаемые препараты. Адекватная коррекция показателей артериального давления на фоне временной отмены бета-адреноблокаторов – обязательное условие.

В день исследования:

не сдавать анализы крови

не курить и не пить кофе за 2 часа до исследования

легкий завтрак – не позднее чем за 2 часа до исследования

мужчинам с интенсивным волосяным покровом желателно побрить грудь

взять спортивные брюки, носки, спортивную обувь.

Информация по проведению исследования:

Перед исследованием на тело пациента накладывают электроды, присоединенные к компьютеру. С их помощью записывается электрокардиограмма, отображающаяся на мониторе в режиме реального времени

Во время нагрузочного теста пациент крутит педали велотренажера. На каждой ступени исследования будет возрастать нагрузка. Продолжительность каждой ступени составляет 2–3 минуты. Перед исследованием и в ходе него медицинская сестра контролирует артериальное давление пациента. Врач наблюдает за электрокардиограммой исследуемого и его самочувствием.

Проба прекращается в следующих случаях:

достижение электрокардиографических критериев прекращения пробы (определяет врач)

появление жалоб у пациента, свидетельствующих об ишемии миокарда

достижение определенной частоты сердечных сокращений, определяемой индивидуально у каждого пациента

после нагрузки контролируется электрокардиограмма и артериальное давление в течение как минимум 5–10 минут

после исследования пациент принимает рекомендованные препараты.

Исследование функции внешнего дыхания (ФВД)

Обязательный перечень документов для исследования:

Направление (форма № 057/у) и выписка из МКАБ (форма № 027/у) – если исследование будет проводиться в другом здании поликлиники или другой МО

Данные предыдущих исследований/стационарного лечения – если имеются

Данные результата ОАК.

Подготовка пациента:

Исследование проводится натощак или не ранее, чем через 1,5–2 часа после легкого завтрака

За 2 часа до исследования пациент не должен курить и пить кофе

Перед исследованием не пользоваться ингаляторами:

ингаляторы короткого действия (применяются до 4 раз в день) отменяются за 6 часов до исследования;

ингаляторы среднего срока действия (обычно применяются 2 раза в день, утром и вечером) отменяются за 12 часов до исследования;

ингаляторы длительного действия (применяются 1 раз в сутки) отменяются за 24 часа до исследования

Перед исследованием пациент должен избегать интенсивных физических нагрузок

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		79 стр из 84

На исследование пациенту необходимо прийти за 15–20 минут до начала, чтобы иметь возможность немного отдохнуть.

ЭКГ

Обязательный перечень документов для исследования:

Данные предыдущих исследований/стационарного лечения – если имеются.

Подготовка пациента:

Пациенту желательно выспаться, отказаться от утренних упражнений, принять душ и не наносить на тело лосьоны и кремы

Легкий завтрак, без кофе, чая и энергетических напитков за 1,5–2 часа до исследования

Не позднее чем за 1,5–2 часа до исследования исключить курение и физические нагрузки

Все лекарственные препараты пациент должен принимать без изменений.

ЭХО-КГ

Обязательный перечень документов для исследования:

Направление (форма № 057/у) и выписка из МКАБ (форма № 027/у) – если исследование будет проводиться в другом здании поликлиники или другой МО

Данные предыдущих исследований/стационарного лечения – если имеются.

Подготовка пациента:

Не позднее чем за 1,5–2 часа до исследования – прием пищи без кофе, чая, энергетических напитков

За 1,5–2 часа до исследования пациенту рекомендуется не курить и не выполнять физических упражнений.

Все лекарственные препараты пациент должен принимать без изменений.

Цистоскопия

Обязательный перечень документов для исследования:

Направление (форма № 057/у) и выписка из МКАБ (форма № 027/у) – если исследование будет проводиться в другом здании поликлиники или другой МО.

Данные предыдущих исследований/стационарного лечения – если имеются.

Данные УЗИ, МРТ, КТ – если есть.

Подготовка пациента:

За 2 часа до исследования пациенту необходимо отказаться от употребления пищи.

Предупредить пациента, чтобы снял все металлические предметы в области гениталий (пирсинг).

После исследования пациенту необходимо употреблять больше жидкости, чтобы увеличить объем выделяемой мочи.

Предупредить пациента, что на протяжении 1–2 суток возможно появление крови в моче – это нормально. Также после исследования, возможны боли внизу живота, жжение в уретре.

Рекомендовать пациенту не выполнять интенсивные физические нагрузки, например игра в теннис, бег трусцой или программы физической тренировки, в течение недели после процедуры.

Предупредить пациента, чтобы незамедлительно сообщил лечащему врачу, если будут следующие симптомы: длительная задержка позывов к мочеиспусканию, постоянное присутствие в моче ярко-красной крови или кровяных сгустков, повышение температуры тела после цистоскопии, озноб, сопровождающийся дрожью, невозможность помочиться при наличии позывов к мочеиспусканию, учащенные позывы, которые сопровождаются ощущениями жжения и рези в мочеиспускательном канале, более трех дней, и боль в пояснице.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		80 стр из 84

Обзорная и экскреторная урография

Обязательный перечень документов для исследования:

Направление (форма № 057/у) и выписка из МКАБ (форма № 027/у) – если исследование будет проводиться в другом здании поликлиники или другой МО.

Данные предыдущих исследований/стационарного лечения – если имеются.

Результаты биохимического анализа крови, в частности показатели креатинина.

Подготовка пациента:

За 3 дня до исследования рекомендовано соблюдение диеты с исключением продуктов, усиливающих перистальтику кишечника и газообразование (мучные изделия, черный хлеб, сырые овощи и фрукты, бобовые, молоко, соки, газированные напитки и другие).

Выполнить очищение толстой кишки накануне и в день исследования (очистительная клизма или Фортранс – 2–3 пакета на 2 литра воды выпивать в течении 2 часов равномерно (см. инструкцию)).

Если пациент принимает метформин-содержащие препараты, в день исследования рекомендуется их отменить.

Также в день исследования прием всех лекарственных препаратов рекомендуется согласовать с лечащим врачом.

КТ органов брюшной полости и малого таза

Обязательный перечень документов для исследования:

Направление (форма № 057/у) и выписка из МКАБ (форма № 027/у) – если исследование будет проводиться в другом здании поликлиники или другой МО.

Данные предыдущих исследований/стационарного лечения – если имеются.

Данные УЗИ, МРТ, КТ – если есть.

Подготовка пациента:

За 2 часа до исследования пациенту необходимо отказаться от употребления пищи.

Предупредить пациента, чтобы снял все металлические предметы в области гениталий (пирсинг).

После исследования пациенту необходимо употреблять больше жидкости, чтобы увеличить объем выделяемой мочи.

Предупредить пациента, что на протяжении 1–2 суток возможно появление крови в моче – это нормально. Также после исследования возможны боли внизу живота, жжение в уретре.

Рекомендовать пациенту не выполнять интенсивные физические нагрузки, например игра в теннис, бег трусцой или программы физической тренировки, в течение недели после процедуры.

Предупредить пациента незамедлительно сообщил лечащему врачу, если будут следующие симптомы: длительная задержка позывов к мочеиспусканию, постоянное присутствие в моче ярко-красной крови или кровяных сгустков, повышение температуры тела после цистоскопии, озноб, сопровождающийся дрожью, невозможность помочиться при наличии позывов к мочеиспусканию, учащенные позывы, которые сопровождаются ощущениями жжения и рези в мочеиспускательном канале, более трех дней, и боль в пояснице.

МРТ органов брюшной полости

Обязательный перечень документов для исследования:

Направление (форма № 057/у) и выписка из МКАБ (форма № 027/у) – если исследование будет проводиться в другом здании поликлиники или другой МО.

Данные предыдущих исследований/стационарного лечения – если имеются.

Обязательно узнать у пациента о наличии металлоконструкций, стентов, карди

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		81 стр из 84

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Методы клинического исследования.
2. Основы медицинской этики и деонтологии.

15 -лекция

4.1. Тема: Подготовка больного к эндоскопическим и рентгенологическим исследованиям.

4.2. Цель:

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Научиться качественно ухаживать за больными;
- Профилактика ВБИ (внутрибольничных инфекций).

4.3. Тезисы лекции:

Подготовка к рентгенологическим методам исследованиям

Рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки (гастроскопия)

Последний прием пищи не позднее 20 часов накануне.

При наличии упорных запоров и метеоризма – вечером накануне исследования: и утром за 1,5 -2 ч поставить очистительную клизму

Утром исключить завтрак, прием лекарственных средств

Рентгенологическое исследование толстой кишки (ирригография)

1 Способ:

Сделать две очистительные клизмы с интервалом в 1 час вечером накануне исследования

Сделать 1-2 очистительных клизмы утром в день исследования (не позднее, чем за 2 часа до исследования).

Исключить из рациона продукты, способствующие газообразованию (овощи, фрукты, сладкое, молоко, чёрный хлеб).

По назначению врача – активированный уголь.

Ограничить прием жидкости до 1 литра со второй половины дня накануне исследования.

Очистительные: клизмы утром (1-2) не позднее, чем за 2 часа до исследования.

2 Способ (с использованием препарата ФОРТРАНС):

Если исследование проводится утром: каждый из четырёх пакетов препарата Фортранс растворить поочередно в литре воды (всего 4 литра). Выпивать готовый раствор, начиная с 15 часов до 19 часов со скоростью 1 литр в час. Приём пищи запрещён. Параллельно можно пить воду, осветлённые соки в небольшом количестве. Очищение кишечника происходит естественным путём.

Если исследование проводится в обед: приём препарата следует сместить с 17 до 21 часа.

Рентгенологическое исследование желчного пузыря и желчевыводящих протоков (пероральная холеграфия)

(в последнее время выполняется редко)

Накануне исследования вечером - очистительная клизма.

С 20 до 21 часа с интервалом в 10 мин. принять шесть таблеток контрастного вещества (йодогност, билигнин и т. д.), если пациент тучный - доза удваивается.

В день исследования нельзя принимать пищу, пить.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		82 стр из 84

Утром таблеток не принимать.

В рентген-кабинет прийти с завтраком (2 сырых яйца, или 100 гр. жирной сметаны, или 20 гр. сливочного масла и 1 кусочек хлеба).

Рентгенологическое исследование почек (экскреторная внутривенная урография)

Исключить из рациона продукты, способствующие газообразованию (овощи, фрукты, сладости, молоко, чёрный хлеб). По назначению врача-карболона, активированный уголь.

Ограничить приём жидкости до 1 литра со второй половины дня накануне исследования.

Очистительные клизмы утром и вечером.

Подготовка к эндоскопическим методам исследования

Фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС)

Исследование проводится строго натощак. При выполнении исследования в утренние часы рекомендуется ужин накануне исследования не позже 19.00. При выполнении исследования в дневные часы рекомендуется последний приём пищи за 5 часов до исследования. Не разрешается ни пить, ни курить.

Ректороманоскопия (РРС)

Вечером накануне исследования ставится очистительная клизма. Утром в день исследования выполняются 2 очистительные клизмы с интервалом в 1 час. Исследование выполняется не ранее чем через 45 минут после последней очистительной клизмы. При склонности к запорам утром накануне исследования принимается слабительное.

Фибросигмоколоноскопия (ФКС, ФСС).

Назначается лечащим врачом строго по показаниям/

Подготовка индивидуальна в зависимости от заболевания и функции кишечника.

Подготовка определяется лечащим врачом и может состоять:

из постановки нескольких высоких очистительных клизм в большом объёме вводимой жидкости до 2 литров. Пациент считается готовым к исследованию при появлении в стуле чистых промывных вод;

из назначения препаратов «Фортранс» или «Дюфалак». Доза определяется врачом, способ употребления описан в прилагаемой аннотации.

Различного рода эндоскопические операции через фиброгастроскоп или через фиброколоноскоп выполняются исключительно в условиях хирургического стационара. Показания к оперативному вмешательству определяются лечащим врачом и врачом эндоскопистом.

Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРХПГ) выполняется в эндоскопической рентген-операционной. Назначается строго по показаниям, которые определяются лечащим врачом и врачом эндоскопистом.

Амбулаторно могут быть выполнены:

эзофагогастродуоденоскопия,

фибросигмоколоноскопия,

ректороманоскопия.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

- Морозова, Г. И. Основы сестринского дела. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - С. 256
- Адилова, Л. М. алгоритмы манипулятивного действия медсестры : учебное пособие = алгоритм сестринских манипуляций: учебное пособие. –М. :«Литтерра», 2016. – 248 бет.
- Вац, Н. основы сестринского дела (сестринская помощь больным отдельных социальных групп) = Основы сестринского дела (сестринская помощь по уходу за больными социальными группами лиц) :учеб. пособие / Н. Вац, А. Сабырханова, К. Касенова. - ; Астана: Фолиант, 2011. - с. 280. с. -

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		83 стр из 84

Дополнительная литература

- Мухина, С. А. Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела». –М. : ГЭОТАР – Медиа, 2014. – 512 с. -
- Нурманова, М. Ш. сборник стандартов сестринских технологий по дисциплине «Основы сестринского дела»: сборник / М. Ш. Нурманова, Ж. Т. Матакова, Э. Т. Бейскулова; Караганда : ИП «Акнур», 2012. – 250 С. с. -

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Методы клинического исследования.
2. Основы медицинской этики и деонтологии.



Кафедра «Сестринское дело-2»

044-80/11 ()

Лекционный комплекс

84 стр из 84