



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

П Р И К А З

2 12 2016 г.

Донецк

№ 1955

Об утверждении протоколов  
«Технологии выполнения основных  
медицинских процедур и манипуляций  
медицинской сестрой (фельдшером,  
акушеркой)»

С целью обеспечения единых, современных, научно обоснованных подходов к стандартизации медицинской помощи с позиций доказательной медицины, руководствуясь пунктом 12 части 1 статьи 6, частью 3 статьи 32 Закона Донецкой Народной Республики «О здравоохранении», подпунктами 7.12, 7.14, 7.19 пункта 7, пунктами 11, 13 Положения о Министерстве здравоохранения Донецкой Народной Республики, утвержденного Постановлением Совета Министров Донецкой Народной Республики от 10 января 2015 года № 1-33, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08 декабря 2015 года № 012.1/628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики», зарегистрированного в Министерстве юстиции Донецкой Народной Республики 23 декабря 2015 года под регистрационным № 848,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Протокол медицинской сестры (фельдшера, акушерки) по оценке функционального состояния пациента, прилагается.

1.2. Протокол медицинской сестры (фельдшера, акушерки) по взятию материала для лабораторных исследований, прилагается.

1.3. Протокол медицинской сестры (фельдшера, акушерки) по оказанию помощи в поддержании пациентом личной гигиены, прилагается.

1.4. Протокол медицинской сестры (фельдшера, акушерки) по кормлению пациента, прилагается.

1.5. Протокол медицинской сестры (фельдшера, акушерки) по хранению и проведению контроля качества лекарственных средств, прилагается.

1.6. Протокол медицинской сестры (фельдшера, акушерки) по применению лекарственных средств – мазей, прилагается.

1.7. Протокол медицинской сестры (фельдшера, акушерки) по применению лекарственных средств – капель, прилагается.

1.8. Протокол медицинской сестры (фельдшера, акушерки) по применению лекарственных средств сублингвально, прилагается.

1.9. Протокол медицинской сестры (фельдшера, акушерки) по применению лекарственных средств перорально, прилагается.

1.10. Протокол медицинской сестры (фельдшера, акушерки) по выполнению инъекций, прилагается.

1.11. Протокол медицинской сестры (фельдшера, акушерки) по выполнению зондовых процедур, прилагается.

1.12. Протокол медицинской сестры (фельдшера, акушерки) по катетеризации мочевого пузыря, прилагается.

1.13. Протокол медицинской сестры (фельдшера, акушерки) по применению газоотводной трубки, прилагается.

1.14. Протокол медицинской сестры (фельдшера, акушерки) по постановке клизм, прилагается.

1.15. Протокол медицинской сестры (фельдшера, акушерки) по оксигенотерапии, прилагается.

1.16. Протокол медицинской сестры (фельдшера, акушерки) по выполнению простейших физиотерапевтических процедур, прилагается.

1.17. Протокол медицинской сестры (фельдшера, акушерки) по применению акушерско – гинекологических манипуляций, прилагается.

1.18. Протокол медицинской сестры (фельдшера, акушерки) по уходу за пациентом со сниженной подвижностью (недвижимого), прилагается.

1.19. Протокол медицинской сестры (фельдшера, акушерки) по изменению положения пациента, прилагается.

1.20. Протокол медицинской сестры (фельдшера, акушерки) по перемещению пациента, прилагается.

1.21. Протокол медицинской сестры (фельдшера, акушерки) по подъему пациента, прилагается.

1.22. Протокол медицинской сестры (фельдшера, акушерки) по поддержанию пациента, прилагается.

1.23. Протокол медицинской сестры (фельдшера, акушерки) по повороту пациента, прилагается.

1.24. Протокол медицинской сестры (фельдшера, акушерки) по размещению пациента, прилагается.

1.25. Протокол медицинской сестры (фельдшера, акушерки) по проведению физиотерапевтических процедур, прилагается.

1.26. Протокол медицинской сестры (фельдшера, акушерки) по проведению функциональных исследований, прилагается.

1.27. Протокол медицинской сестры (фельдшера, акушерки) по подготовке к инструментальным исследованиям, прилагается.

1.28. Протокол медицинской сестры (фельдшера, акушерки) по выполнению манипуляций в десмургии, прилагается.

1.29. Протокол медицинской сестры (фельдшера, акушерки) по выполнению манипуляций в педиатрии, прилагается.

2. Руководителям органов и учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики обеспечить:

2.1. Соблюдение утвержденных пунктом 1 настоящего приказа протоколов.

2.2. Разработку и внедрение локальных протоколов, на основе утвержденных пунктом 1 настоящего приказа протоколов.

3. Ответственность за исполнение настоящего приказа возложить на руководителей органов, учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на директора Департамента организации оказания медицинской помощи Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики Китик Л.И.

5. Настоящий приказ вступает в силу с 01 января 2017 года.

И.о. министра



А.А. Оприщенко

УТВЕРЖДЕН  
Приказом Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
28.12.2016 № 1555

## **ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ (ФЕЛЬДШЕРА, АКУШЕРКИ) ПО ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА**

### **1. Паспортная часть**

**1.1. Проблема, связанная со здоровьем:** необходимость оценки функционального состояния пациента.

**1.2. Код по МКБ-10:** Не определяется.

**1.3. Цель протокола:** Информационное обеспечение оценки функционального состояния пациента медицинской сестрой (фельдшером, акушеркой).

**1.4. Дата составления протокола:** март 2016

**1.5. Дата пересмотра протокола:** март 2019

**1.6. Список и контактная информация лиц, которые участвовали в разработке протокола:**

Составители	Учреждения-разработчики
Шумеева Александра Аркадьевна (председатель рабочей группы) специалист I категории отдела оказания медицинской помощи взрослому населению	Отдел оказания медицинской помощи взрослому населению МЗ ДНР
Ежикова Татьяна Витальевна (заместитель председателя рабочей группы), заместитель главного врача по медсестринству	КУ «ГБ № 2 г. Горловка»
Белецкая Елена Викторовна, заведующий отделением специальности «Сестринское дело»	Горловский медицинский колледж Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
Андрюхова Людмила Владимировна, преподаватель высшей квалификационной категории, преподаватель-методист	

Левитан Ирина Анатольевна, заведующий учебно- производственной практикой, преподаватель высшей квалификационной категории	
Черепанова Лариса Владимировна, главная медсестра	ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 6 г. Макеевки
Доля Лиля Олеговна, заместитель главного врача по медсестринству	Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака МЗ ДНР
Патрикеева Вера Владиславовна, главная медсестра	Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение МЗ ДНР

### 1.7. Актуальность проблемы: необходимость унификации оценки функционального состояния пациента.

## 2. Общая часть.

2.1. Для всех учреждений здравоохранения.

2.1.1. Исследование пульса на лучевой артерии.

2.1.2. Измерения температуры тела под мышкой.

2.1.3. Определение частоты, глубины, ритма дыхания.

2.1.4. Измерения артериального давления.

### 2.1.1. Исследование пульса на лучевой артерии

#### Оснащение:

Часы или секундомер, температурный лист/другая медицинская документация, ручка, антисептик.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
2. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдаются права пациента
3. Подготовить необходимое оснащение.	Обеспечивается возможность проведения процедуры
4. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Во время процедуры пациент может сидеть (предложить расслабить руку, при этом кисть и предплечье не должны свисать) или лежать (рука также расслаблена)	Обеспечивается точность результата
2. Прижать II, III, IV пальцами лучевые артерии на обеих руках пациента (I палец должен находиться с тыльной стороны кисти) и почувствовать пульсацию артерии	Сравниваются характеристики пульса на обеих руках

3. Взять часы или секундомер и исследовать пульсирующую артерию в течение 30 сек. Умножить на 2 (если пульс ритмичный). Если пульс не ритмичный, считать в течение 1 мин.	Обеспечивается точность определения пульса
4. Прижать артерию сильнее, чем прежде, к лучевой кости и определить напряжение пульса (если пульсация исчезнет при умеренном нажатии - напряжение хорошее; если пульсация не ослабевает - пульс напряженный, если пульсирования исчезло - напряжение слабое)	Обеспечивается определение напряжения пульса
5. Не снимая пальцев с артерии прекратить давление и определить, как быстро появится пульсация: а) при хорошем наполнении пульсация чувствуется сразу; б) при слабом наполнении – через некоторое время; в) если при этом пульсация очень слабая – пульс нитевидный	Обеспечивается определение наполнения пульса
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Сообщить пациенту результат исследования	Обеспечивается право пациента на информацию
2. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Записать результаты исследования в температурный лист или другую медицинскую документацию	Обеспечивается документирование результатов исследования пульса

### 2.1.2. Измерения температуры тела в подмышечной области

#### Оснащение:

Часы, максимальный медицинский ртутный термометр, ручка, температурный лист/ другая медицинская документация, ёмкость с дезраствором, антисептик, одноразовое полотенце (салфетка)

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
2. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдаются права пациента
3. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечивается возможность проведения процедуры
4. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
5. Встряхнуть термометр и убедиться, что ртутный столбик опустился ниже 35.°С	Обеспечивается точность результатов измерения температуры
6. Осмотреть подмышечную область, оценить ее состояние. При наличии гиперемии измерять температуру на другом участке	Обеспечивается точность и достоверность результатов

<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Вытереть насухо подмышечную область пациента одноразовым полотенцем (салфеткой)	Обеспечивается точность результата
2. Поместить резервуар термометра в подмышечную область так, чтобы он прикасался к коже (пациент должен прижать плечо к грудной клетке)	Обеспечиваются условия для получения правильного результата
3. Вынуть термометр из подмышечной области через 10 мин и оценить его показатели	Оцениваются полученные данные
<b>III. Окончание процедуры</b>	Обеспечивается право пациента на информацию
1. Сообщить пациенту результаты термометрии	
2. Встряхнуть термометр так, чтобы ртутный столбик опустился в резервуар	Подготовка термометра к последующему измерению температуры тела
3. Поместить термометр в дезинфицирующий раствор	Соблюдается инфекционная безопасность
4. Провести гигиеническую обработку рук	Соблюдается инфекционная безопасность
5. Записать результат термометрии в температурный лист (форма 004/у) или другую медицинскую документацию	Обеспечивается документирование результатов термометрии

### 2.1.3. Определение частоты, глубины, ритма дыхания

#### Оснащение:

Часы или секундомер, фонендоскоп, температурный лист/другая медицинская документация, ручка, антисептик

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Предупредить пациента, что будет проведено исследование пульса	Исключается возможность управления дыханием
2. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдаются права пациента
3. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Взять пациента за руку так, как для исследования пульса, наблюдать за экскурсией грудной клетки пациента и считать дыхательные движения за 30 с, результат умножить на 2	Определяется число дыхательных движений
2. Если не удастся наблюдать экскурсию грудной клетки, продолжая держать руку пациента за запястье, положить руки (свою и пациента) на грудную клетку (у женщин) или надчревную участок (у мужчин)	Имитация определения пульса. Исключается возможность управления дыханием
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Сообщить пациенту результат	Обеспечивается право пациента на информацию

2. Провести гигиеническую обработку рук	Соблюдается инфекционная безопасность
3. Записать результаты в температурный лист (форма 004/у) или другую медицинскую документацию	Обеспечивается документирование результатов исследования

#### 2.1.4. Измерение артериального давления

##### Оснащение:

Тонометр, фонендоскоп, температурный лист/другая медицинская документация, ручка, антисептик.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	
2. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдаются права пациента
3. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечивается возможность проведения процедуры
4. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Наложить манжетку на обнаженное плечо пациента на 2-3см выше локтевого сгиба (одежда не должна сдавливать плечо выше манжетки); закрепить манжетку так, чтобы между ней и плечом проходил только один палец. Примечание: не следует измерять АД на руке со стороны произведенной мастэктомии, на слабой руке пациента после инсульта и парализованной руке и т.д. При первом измерении, АД следует измерять на обеих руках, в дальнейшем, только на одной, отмечая, на какой именно.	Исключается лимфостаз, возникающий в результате нагнетания воздуха в манжету, и передавливание сосудов
2. Предложить пациенту правильно положить руку: в разогнутом состоянии ладонью вверх (если пациент сидит, попросить подложить под локоть сжатый кулак кисти свободной руки)	Обеспечивается полное разгибание конечности
3. Проверить положение стрелки манометра относительно нулевой отметки шкалы	Проверяется готовность аппарата к работе
4. Протереть мембрану фонендоскопа антисептиком	Соблюдается инфекционная безопасность
5. Найти место пульсации плечевой артерии в области локтевой ямки и поставить на это место мембрану фонендоскопа	Обеспечивается достоверность результата
6. Закрыть вентиль на груше, повернув его вправо, и нагнетать воздух под контролем фонендоскопа до тех пор, пока давление в манжетке по показаниям манометра	Исключается дискомфорт, связанный с чрезмерным пережимом артерии и

не превысит на 20 мм рт. ст. тот уровень, при котором исчезают тоны Короткова	обеспечивается достоверный результат
7. Выпустить воздух из манжетки со скоростью 2 мм рт. ст. за 1 с, повернув вентиль. Одновременно фонендоскопом выслушивать тоны на плечевой артерии и следить за показателями шкалы манометра	При такой скорости увеличивается достоверность результата
8. В момент возникновения над плечевой артерией первых звуков (тоны Короткова) запомнить цифры на шкале, соответствующие систолическому давлению	Определяется систолическое давление
9. Продолжая выпускать воздух, зафиксировать цифры на шкале в момент ослабления или полного исчезновения тонов Короткова	Определяется диастолическое давление
10. Оценить результат, учитывая величину окружности плеча. При измерении АД на худощавой руке цифры будут ниже, на полной - выше действительного.	Обеспечивается достоверность результата
11. Повторить п. 6-10 еще 2 раза с интервалом в 2-3 мин	Обеспечивается достоверный результат измерения артериального давления
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Данные измерения округлить до 0 или 5, записать в виде дроби (в числителе - систолическое давление, в знаменателе - диастолическое), например 120/75 мм рт.ст.	Обеспечивается достоверность информации
2. Сообщить пациенту результаты измерения	Обеспечивается право пациента на информацию
3. Протереть мембрану фонендоскопа антисептиком	Соблюдается инфекционная безопасность
4. Провести гигиеническую обработку рук	Соблюдается инфекционная безопасность
5. Занести данные исследования в температурный лист или другую медицинскую документацию	Обеспечивается документирование результатов измерения артериального давления

### **3. Симптомы и ситуации, при возникновении которых необходимо немедленно сообщить врачу:**

- 3.1. Резкое ухудшение состояния пациента.
- 3.2. Отказ пациента от проведения процедуры.

### **4. Ресурсное обеспечение выполнения протокола**

#### **Оснащение:**

- 4.1. Часы или секундомер, температурный лист/другая медицинская документация, ручка, антисептик.

4.2. Часы, максимальный медицинский ртутный термометр, ручка, температурный лист/ другая медицинская документация, ёмкость с дезраствором, антисептик, одноразовое полотенце (салфетка)

4.3. Часы или секундомер, температурный лист/другая медицинская документация, ручка, антисептик

4.4. Тонометр, фонендоскоп, температурный лист/другая медицинская документация, ручка, антисептик.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 422 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 Лечебное дело».
2. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 595 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.02 Акушерское дело».
3. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 593 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело».
4. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 23.09.2015 № 561 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 19.01.02 Лаборант-аналитик».
5. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 423 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.03 Лабораторная диагностика».
6. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 24.08.2015 № 421 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 32.02.01 Медико-профилактическое дело».
7. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 04.06.2015 № 01.1/57 «Об утверждении номенклатуры должностей и специальностей медицинских и фармацевтических работников».
8. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.06.2015 № 282 «Об утверждении перечня профессий рабочих,

должностей служащих, по которым осуществляется профессиональное обучение».

9. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08.12.2015 № 012.1\628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики».
10. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 20.08.2015 № 012.1\286 «Об утверждении порядка дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него».
11. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.08.15 № 012.1/285 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в отдельных учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
12. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 21.12.15 № 012.1/670 «Об утверждении основных документов по вопросам контроля качества оказания медицинской помощи».
13. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.11.15 № 012.1/599 «Об утверждении форм первичной учетной документации, которые используются в лабораториях и других учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
14. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 12.03.15 № 312 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
15. Приказ МЗ Украины от 21.09.10 г. №798 «Об утверждении методических рекомендаций» «Хирургическая и гигиеническая обработка рук медицинского персонала».
16. Губенко И.Я., Шевченко А.Т., Бразалий Л.П., Апшай В.Г. Медсестринский уход за пациентом: Стандарты медсестринских процедур, манипуляций и планов ухода и обучения: уч.пособие. – К.: Медицина, 2008.
17. Касевич Н.Н. Основы по медсестринству в модулях: уч.пособие. – К.: Медицина, 2009.
18. Касевич Н.М. Общий уход за больными и медицинская манипуляционная техника: учебник. – К.: Медицина, 2008. – 424 с.

19. Ковальчук Л.М. Учебное пособие по хирургии в модулях - К.: «Медицина», 2009.
20. Основы сестринского дела: Алгоритмы манипуляций: учебное пособие Н.В. Широкова и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

И.о. министра



А.А. Оприщенко

ОДОБРЕНО  
Экспертным советом по  
стандартизации медицинской  
помощи в системе Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
08.09.2016 протокол № 3

УТВЕРЖДЕН  
Приказом Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
28.12.2016 № 1555

## **ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ (ФЕЛЬДШЕРА, АКУШЕРКИ) ПО ВЗЯТИЮ МАТЕРИАЛА ДЛЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

### **1. Паспортная часть**

**1.1. Проблема, связанная со здоровьем:** необходимость оценки функционального состояния пациента.

**1.2. Код по МКБ-10:** Не определяется.

**1.3. Цель протокола:** Информационное обеспечение выполнения назначений по взятию материала для лабораторных исследований медицинской сестрой (фельдшером, акушеркой).

**1.4. Дата составления протокола:** март 2016

**1.5. Дата пересмотра протокола:** март 2019

**1.6. Список и контактная информация лиц, которые участвовали в разработке протокола:**

Составители	Учреждения-разработчики
Шумеева Александра Аркадьевна (председатель рабочей группы), специалист I категории отдела оказания медицинской помощи взрослому населению	Отдел оказания медицинской помощи взрослому населению МЗ ДНР
Ежикова Татьяна Витальевна (заместитель председателя рабочей группы), заместитель главного врача по медсестринству	КУ «ГБ № 2 г. Горловка»
Белецкая Елена Викторовна, заведующий отделением специальности «Сестринское дело»	Горловский медицинский колледж Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
Андрюхова Людмила Владимировна, преподаватель высшей квалификационной категории, преподаватель-методист	
Левитан Ирина Анатольевна, заведующий учебно-	

производственной практикой, преподаватель высшей квалификационной категории	
Черепанова Лариса Владимировна, главная медсестра	ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 6 г. Макеевки
Доля Лиля Олеговна, заместитель главного врача по медсестринству	Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака МЗ ДНР
Патрикеева Вера Владиславовна, главная медсестра	Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение МЗ ДНР

**1.7. Актуальность проблемы:** необходимость унификации выполнения назначений по взятию материала для лабораторных исследований.

## **2. Общая часть.**

2.1. Для всех учреждений здравоохранения.

2.1.1. Взятие мазка из зева для бактериологического исследования.

2.1.2. Взятие мазка из носа для бактериологического исследования.

2.1.3. Взятие мазков из носоглотки на наличие менингококка.

2.1.4. Взятие материала методом мазков-отпечатков для иммунофлюоресцентного исследования.

2.1.5. Взятие кала на бактериологическое исследование.

2.1.6. Сбор мочи для общего исследования.

2.1.7. Взятие крови из вены для бактериологического исследования.

2.1.8. Взятие крови из вены для биохимического исследования.

2.1.9. Забор крови из вены вакуумной системой.

2.1.10. Сбор мокроты для общего клинического анализа.

2.1.11. Анализ мочи по методу Нечипоренко.

2.1.12. Анализ мочи по методу Зимницкого.

2.1.13. Определение глюкозы в моче экспресс-методом.

2.1.14. Определение кетоновых тел в моче экспресс-методом.

2.1.15. Определение глюкозы в суточной моче.

2.1.16. Подготовка пациента к взятию кала на скрытую кровь.

2.1.17. Взятие кала для копрологического исследования.

2.1.18. Взятие кала на яйца глистов.

2.1.19. Взятие кала для обнаружения простейших.

2.1.20. Дыхательный тест с системой «Хелик»

### **2.1.1. Взятие мазка из зева для бактериологического исследования**

**Оснащение:**

Стерильный шпатель, стерильная пробирка с ватным тампоном на деревянной или металлической палочке или стерильная пробирка с ватным тампоном и транспортной средой, штатив для пробирок, направление в лабораторию, маркировочный карандаш, маска, медицинские перчатки, ручка, контейнер для транспортировки биоматериала, антисептик.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	подготовка пациента к процедуре
2. Получить согласие на ее проведение	Соблюдаются права пациента
3.Подготовить необходимое оснащение	Обеспечивается выполнение манипуляции
4. Надеть маску, провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	Обеспечиваются удобные условия для выполнения манипуляции
1. Предложить пациенту сесть лицом к окну или источнику света	Обеспечиваются удобные условия для выполнения манипуляции
2. Попросить пациента широко открыть рот	Обеспечиваются удобные условия для выполнения манипуляции
3. Взять в левую руку шпатель и пробирку с тампоном	Обеспечиваются удобные условия для выполнения манипуляции
4.левой рукой прижать шпателем спинку языка книзу и кпереди	Обеспечивается доступ к миндалинам
5. Правой рукой извлечь тампон из пробирки и осторожно ввести его в ротовую полость, не касаясь языка и щек	Обеспечивается правильность выполнения манипуляции
6. Сделать мазок по поверхности миндалин на границе здорового и пораженного участка	Обеспечивается правильность выполнения манипуляции
7. Извлечь тампон из полости рта и осторожно поместить полученный материал в стерильную пробирку, не касаясь ее горловины Примечание: взятие мазка из зева проводится натощак или не ранее, чем через 2 часа после принятия пищи, питья или полоскания горла	Обеспечивается правильность выполнения манипуляции. Соблюдается инфекционная безопасность
8. Положить использованный шпатель в емкость для дезинфекции	Соблюдается инфекционная безопасность
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1.Промаркировать пробирку и поставить ее в штатив	Обеспечивается достоверность результата
2. Снять перчатки, маску положить их в емкость для дезинфекции	Соблюдается инфекционная безопасность
3. Провести гигиеническую обработку рук	Соблюдается инфекционная безопасность

4. Оформить направление в бактериологическую лабораторию	Обеспечивается последовательность выполнения манипуляции
5. Немедленно отправить материал в бактериологическую лабораторию. Примечание: при невозможности немедленной доставки материала в лабораторию посеять материал на чашку Петри с питательной средой и поместить ее в термостат. При заборе стерильной пробиркой с транспортной средой доставка в лабораторию в течение 72 час.	Обеспечивается правильность проведения бактериологического исследования
6. Сделать запись о проведении манипуляции в листке врачебных назначений	Обеспечивается документирование манипуляции

### 2.1.2. Взятие мазка из носа для бактериологического исследования

#### Оснащение:

Стерильная пробирка с ватным тампоном на деревянной палочке или стерильная пробирка с ватным тампоном и транспортной средой, штатив для пробирок, направление в лабораторию, маркировочный карандаш, маска, медицинские перчатки, ручка, контейнер для транспортировки биоматериала, антисептик

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	
2. Получить согласие на ее проведение	Соблюдаются права пациента
3. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечивается выполнение манипуляции
4. Надеть маску, провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	Обеспечиваются удобные условия для выполнения манипуляции
1. Предложить пациенту сесть лицом к окну или источнику света	
2. Взять в левую руку пробирку, этой же рукой поднять кончик носа	Обеспечиваются удобные условия для выполнения манипуляции
3. Правой рукой ввести стерильный тампон в правую, а затем в левую ноздрю круговыми движениями на глубину 1,5-2 см, плотно прикасаясь к ее стенкам	Обеспечивается правильность выполнения манипуляции
4. Извлечь тампон из полости носа и осторожно поместить полученный материал в стерильную пробирку, не касаясь ее горловины	Обеспечивается правильность выполнения манипуляции и инфекционная безопасность
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Промаркировать пробирку и поставить ее в штатив	Обеспечивается достоверность результата

2. Снять перчатки, маску положить их в емкость для дезинфекции	Соблюдается инфекционная безопасность
3. Провести гигиеническую обработку рук	Соблюдается инфекционная безопасность
4. Оформить направление в бактериологическую лабораторию	Обеспечивается документирование манипуляции
5. Немедленно отправить материал в бактериологическую лабораторию. Примечание: при невозможности немедленной доставки материала в лабораторию посеять материал на чашку Петри с питательной средой и поместить ее в термостат. При заборе материала в стерильную пробирку с питательной средой – доставка в лабораторию в течение 72 час.	Обеспечивается правильность проведения бактериологического исследования
6. Сделать запись о проведении процедуры в листке врачебных назначений _____	Обеспечивается документирование манипуляции

### 2.1.3. Взятие мазков из носоглотки на наличие менингококка

#### Оснащение:

Стерильный шпатель, стерильная пробирка с ватным тампоном на мягком проводе, штатив для пробирок, специальный термоконтейнер (бикс с грелкой), направление в лабораторию, маркировочный карандаш, маска, медицинские перчатки, ручка, антисептик.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	Соблюдаются права пациента
2. Получить согласие на ее проведение	Обеспечивается выполнение манипуляции
3. Подготовить необходимое оснащение	Соблюдается инфекционная безопасность
4. Надеть маску, провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.	Обеспечиваются условия для выполнения манипуляции
<b>II. Выполнение процедуры</b>	Обеспечиваются условия для выполнения манипуляции
1. Предложить пациенту сесть лицом к окну или источнику света	Обеспечиваются условия для выполнения манипуляции
2. Попросить пациента широко открыть рот	Обеспечиваются необходимые условия для выполнения манипуляции
3. Взять в левую руку шпатель и пробирку с тампоном	Обеспечивается доступ к носоглотке
4.левой рукой прижать шпателем спинку языка книзу и кпереди	Обеспечивается доступ к носоглотке и правильность выполнения манипуляции
5. Правой рукой осторожно, не вынимая ватный тампон из пробирки, согнуть проволоку под углом 120° на расстоянии 5 см от тампона	Обеспечивается правильность
6. Ввести тампон в полость рта и, не касаясь языка и щек,	

завести его за мягкое небо и сделать мазок из носоглотки	выполнения манипуляции
7. Извлечь тампон из полости рта, не касаясь языка и щек, и осторожно поместить полученный материал в стерильную пробирку, не касаясь ее горловины. Примечание: взятие мазка из носоглотки проводится натошак или не ранее, чем через 2 часа после принятия пищи, питья или полоскания горла	Соблюдается инфекционная безопасность. Обеспечивается правильность выполнения манипуляции
8. Положить использованный шпатель в ёмкость для дезинфекции	Соблюдается инфекционная безопасность
<b>III. Окончание процедуры</b> 1. Промаркировать пробирку и поставить ее в штатив, а штатив немедленно поместить в термоконтэйнер (бикс с грелкой) Примечание: менингококк очень чувствителен к охлаждению	Обеспечивается достоверность результата
2. Снять перчатки, маску положить их в емкость для дезинфекции	Соблюдается инфекционная безопасность
3. Провести гигиеническую обработку рук	Соблюдается инфекционная безопасность
4. Оформить направление в бактериологическую лабораторию	Обеспечивается документирование манипуляции
5. Немедленно отправить материал в бактериологическую лабораторию. Примечание: при невозможности немедленной доставки материала в лабораторию посеять материал на чашку Петри с питательной средой и поместить ее в термостат	Обеспечивается правильность бактериологического исследования
6. Сделать запись о проведении процедуры в листке врачебных назначений	Обеспечивается документирование манипуляции

#### **2.1.4. Взятие материала методом мазков-отпечатков для иммунофлюоресцентного исследования**

##### **Оснащение:**

Стерильный ватный тампон на палочке, обезжиренное предметное стекло, специальная пластинка из стекла или плексигласа с отшлифованными краями, марлевые салфетки, маркировочный карандаш, маска, медицинские перчатки, крафт-бумага, направление в лабораторию, ручка, контейнер для транспортировки биоматериала, антисептик

<b>Этапы</b>	<b>Обоснование</b>
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	
2. Получить согласие на ее проведение	Соблюдаются права пациента
3. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечивается выполнение манипуляции
4. Надеть маску, провести гигиеническую обработку рук-надеть перчатки	Соблюдается инфекционная безопасность

<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Предложить пациенту сесть лицом к окну или источнику света	Обеспечиваются удобные условия для выполнения манипуляции
2.левой рукой приподнять кончик носа	Обеспечиваются удобные условия для выполнения манипуляции
3. Первый способ получения отпечатков. Правой рукой ввести в правую или левую ноздрю специальную пластинку на глубину 2-3 см, слегка прижимая ее к носовой перегородке	Обеспечивается правильность выполнения манипуляции
4. Быстрым движением отвести в сторону, получая отпечаток слизистой оболочки нижней носовой раковины	Обеспечивается правильность выполнения манипуляции
5. Вывести пластинку наружу по носовой перегородке, стараясь не стереть отпечаток	Обеспечивается правильность выполнения манипуляции
6. Поверхность пластинки, примыкающей к носовой перегородке, протереть марлевой салфеткой	Обеспечивается правильность выполнения манипуляции
7. Границы отпечатка отметить маркировочным карандашом	Обеспечивается правильность выполнения манипуляции
8. Второй способ получения отпечатков. Правой рукой ввести в правую или левую ноздрю тампон на глубину 2-3 см, слегка прижимая его к слизистой оболочке нижней носовой раковины	Обеспечивается правильность выполнения манипуляции
9. Вытащить тампон из носа и сделать им отпечатки на чистом обезжиренном предметном стекле	Обеспечивается правильность выполнения манипуляции
10. Границы отпечатка обвести маркировочным карандашом	Обеспечивается правильность выполнения манипуляции
11. Пластинки или предметные стекла положить на крафт-бумагу отпечатками вверх. Дать подсохнуть	Обеспечивается правильность выполнения манипуляции
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Положить использованные марлевые салфетки в емкость для дезинфекции	Соблюдается инфекционная безопасность
2. Завернуть пластинки или предметные стекла в крафт-бумагу, подписать.	Соблюдается инфекционная безопасность
3. Снять перчатки, маску и положить их в емкость для дезинфекции	Соблюдается инфекционная безопасность
4. Провести гигиеническую обработку рук	Соблюдается инфекционная безопасность
5. Заполнить направление и отправить в лабораторию	Обеспечивается документирование манипуляции
6. Сделать запись о проведении процедуры в листке врачебных назначений	Обеспечивается документирование манипуляции

### 2.1.5. Взятие кала на бактериологическое исследование

**Оснащение:**

судно/ночной горшок, стерильный деревянный шпатель, стерильная баночка с притертой пробкой (контейнер для забора), стерильная баночка с консервирующей жидкостью с притертой пробкой или контейнер для забора, направление в лабораторию, медицинские перчатки, ручка, антисептик, контейнер для доставки биоматериала

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
2. Получить согласие на ее проведение	Соблюдаются права пациента
3. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечивается выполнение манипуляции
4. Надеть маску, провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки	Соблюдается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Взять шпателем из разных мест свежевыделенных каловых масс 1-2 г фекалий (желательно слизистогнойных) после опорожнения пациента в подкладное судно/ночной горшок Примечание: кал берется после естественного акта дефекации. Кровь не брать – она обладает бактерицидным действием!	Обеспечивается правильность выполнения манипуляции Предупреждается гибель микроорганизмов
2. Поместить фекалии в стерильную баночку (контейнер) и закрыть притертой пробкой. Примечание: если срок от момента взятия материала до посева превышает 2 ч, то фекалии помещают в стерильную баночку с консервирующим раствором	Обеспечивается правильность выполнения манипуляции. Соблюдается инфекционная безопасность Предупреждается гибель микроорганизмов
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Обеззаразить испражнения дезинфицирующим средством	Соблюдается инфекционная безопасность
2. Снять перчатки и положить их в емкость для дезинфекции	Соблюдается инфекционная безопасность
3. Провести гигиеническую обработку рук	Соблюдается инфекционная безопасность
4. Заполнить направление и отправить материал в бактериологическую лабораторию	Обеспечивается документирование и последовательность выполнения манипуляции
5. Сделать запись о проведении процедуры в листке врачебных назначений _____	Обеспечивается документирование манипуляции

### 2.1.6. Сбор мочи для общего исследования

**Оснащение:**

Чистая сухая прозрачная емкость объемом 200 мл или контейнер для забора мочи, перчатки, направление в лабораторию, ручка, контейнер для транспортировки, антисептик.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b> 1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
2. Получить согласие на ее проведение	Соблюдаются права пациента .
3. Проинформировать пациента о необходимости утреннего туалета наружных половых органов перед сбором мочи	Обеспечивается правильная подготовка к выполнению манипуляции
4. Объяснить пациенту порядок сбора мочи (утром после гигиенической процедуры начать мочеиспускание в унитаз на счет 1, 2, затем задержать мочеиспускание, открыть банку и собрать в нее 100—200 мл мочи, закрыть банку крышкой)	Обеспечивается правильность выполнения манипуляции
<b>II. Выполнение процедуры</b> 1. Проконтролировать действия пациента по сбору мочи Примечание: если пациент не в состоянии самостоятельно собрать мочу, помогает выполнить процедуру медицинский работник. Во время менструации анализ мочи в плановом порядке не собирается; в экстренных случаях по назначению врача моча может быть собрана с помощью катетера.	Обеспечивается правильность выполнения манипуляции
<b>III. Окончание процедуры</b> 1. Если процедуру помогала выполнять медицинская сестра, то следует снять перчатки, положить их в емкость для дезинфекции Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Заполнить направление и отправить мочу в лабораторию	Обеспечивается последовательность выполнения манипуляции
3. Сделать запись о проведении процедуры в листке врачебных назначений.	Обеспечивается документирование манипуляции

### 2.1.7. Взятие крови из вены для бактериологического исследования.

#### Манипуляция проводится вдвоём

#### Оснащение:

Стерильные: шприцы (10-20 мл), иглы для внутривенных инъекций, ватные шарики, салфетки, лоток, медицинские перчатки.

Маска, защитный экран (очки), водонепроницаемый фартук, спирт этиловый 70%, йод, клеенчатая подушечка, венозный жгут, пеленка, клеенка, 2 флакона с жидкой стерильной питательной средой, спиртовка, аптечка для проведения экстренной профилактики при аварийных ситуациях, зажигалка или спички,

направление в лабораторию, ручка, антисептик, контейнер для транспортировки биоматериала.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	
2. Получить согласие на ее проведение	Соблюдаются права пациента.
3. Надеть маску, фартук, провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Подготовить весь стерильный материал и шприц для выполнения инъекции.	Обеспечивается выполнение манипуляции
2. Спросить пациента о его самочувствии	Обеспечивается оценка состояния пациента
3. Предложить пациенту сесть или лечь. Определить место инъекции	Обеспечивается удобное положение для выполнения манипуляции
4. Предплечье пациента уложить на твердую основу внутренней поверхностью кверху. Под локоть подложить клеенчатую подушечку и клеенку	Обеспечивается полное разгибание локтевого сустава. Соблюдается инфекционная безопасность
5. Определить пульс на лучевой артерии	Обеспечивается оценка состояния пациента
6. Наложить на плечо, на 5-7 см выше локтевого сустава, венозный жгут (на рубашку, полотенце или салфетку)	Создаются условия для выполнения манипуляции
7. Проверить пульс на лучевой артерии	Проверка правильности наложения жгута
8. Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кулак	Способствует наполнению вены кровью
9. Выбрать наиболее наполненную вену	Обеспечивается эффективное выполнение манипуляции
10. Попросить пациента сжать кулак	Способствует наполнению вены кровью
11. Протереть внутреннюю поверхность локтевого сгиба двумя ватными шариками, смоченными антисептиком. Дать высохнуть антисептику	Соблюдается инфекционная безопасность
12. Обработать перчатки 70% спиртом	Соблюдается инфекционная безопасность
13. Взять шприц в правую руку так, чтобы указательный палец фиксировал муфту иглы, а остальные охватывали цилиндр шприца	Обеспечивается правильное положение шприца
14. Первым пальцем левой руки оттянуть кожу локтевого сгиба вниз по ходу вены. Зафиксировать вену	Создаются условия для венопункции
15. Держа шприц параллельно к коже, срезом иглы вверх, провести венопункцию.	Обеспечивается профилактика осложнений. Создается

Ощутив «провал», легонько потянуть поршень на себя, набирая необходимое количество крови в шприц	возможность набора крови
16. Попросить пациента разжать кулак и осторожно снять жгут	Обеспечивается последовательность выполнения манипуляции
17. Прижать к месту инъекции ватный шарик, смоченный спиртом, антисептиком резким движением вытянуть иглу.	Соблюдается инфекционная безопасность. Уменьшается болевое ощущение
18. Попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе вместе с ватным шариком на 3-5 минут	Обеспечивается предупреждение кровотечения
19. Помощник поджигает спиртовку, осторожно вынимает пробку из флакона с жидкой стерильной питательной средой и обжигает его горловину над пламенем	Обеспечивается правильность выполнения манипуляции
20. Перелить кровь из шприца во флакон с жидкой стерильной питательной средой в соотношении 1:10	Обеспечивается правильность выполнения манипуляции
21. Еще раз быстрым движением обжечь над пламенем спиртовки горловину флакона, затем – стерильную часть пробки и плотно закрыть ею флакон	Обеспечивается правильность выполнения манипуляции
22. Закрыть спиртовку	Обеспечивается противопожарная безопасность
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Спросить у пациента о его самочувствии. Забрать ватный шарик.	Обеспечивается профилактика осложнений
2. Положить использованные ватные шарики и шприц в емкости для дезинфекции	Соблюдается инфекционная безопасность
3. Снять медицинские перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции	Соблюдается инфекционная безопасность
4. Провести гигиеническую обработку рук	Соблюдается инфекционная безопасность
5. Оформить направление и отправить кровь в лабораторию в контейнере. Примечание: не допускать укладки бланка направления в контейнер. В вечернее и ночное время флакон с посевом помещают в термостат с температурой 37°C	Соблюдается инфекционная безопасность. Обеспечивается правильность проведения бактериологического исследования
6. Сделать запись о проведении манипуляции в листке врачебных назначений.	Обеспечивается документирование манипуляции

### 2.1.8. Взятие крови из вены для биохимического исследования

#### Оснащение:

Стерильные: шприцы (10-20мл), иглы для внутривенных инъекций, ватные шарики, салфетки, лоток.

Медицинские перчатки, маска, пинцет в дезинфицирующем растворе, поддерживающим стерильность, защитный экран (очки), водонепроницаемый фартук, спирт этиловый 70%, клеенчатая подушечка, венозный жгут, полотенце, клеенка, лоток для использованного материала, аптечка для проведения экстренной профилактики при аварийных ситуациях, емкости с дезрастворами, штатив с пробирками, контейнер для транспортировки биоматериала, направление в лабораторию, ручка, антисептик.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	подготовка пациента к процедуре
2. Получить согласие на ее проведение	Соблюдаются права пациента
3. Надеть маску, фартук, при необходимости защитный экран (очки)	Соблюдается инфекционная безопасность
4. Провести гигиеническую обработку рук ,надеть перчатки	Соблюдается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Подготовить весь стерильный материал и шприц для выполнения инъекции	Обеспечивается выполнение манипуляции
2. Спросить пациента о его самочувствии	Обеспечивается оценка состояния пациента
3. Предложить пациенту сесть или лечь. Определить место инъекции	Обеспечивается удобное положение для выполнения манипуляции
4. Предплечье пациента уложить на твердую основу внутренней поверхностью кверху. Под локоть подложить клеенчатую подушечку и клеенку	Обеспечивается полное разгибание локтевого сустава. Обеспечивается инфекционная безопасность
5. Определить пульс на лучевой артерии	Обеспечивается оценка состояния пациента
6. Наложить на плечо, на 5-7 см выше локтевого сустава, венозный жгут (на рубашку, полотенце или салфетку) так, чтобы свободные концы были направлены вверх	Создаются условия для выполнения манипуляции
7. Проверить пульс на лучевой артерии	Проверка правильности наложения жгута
8. Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кулак	Способствует наполнению кровью вены
9. Выбрать наиболее наполненную вену	Обеспечивается эффективное выполнение манипуляции
10. Попросить пациента сжать кулак	Способствует наполнению кровью вены
11. Протереть внутреннюю поверхность локтевого сгиба двумя ватными шариками, смоченными в спирте, антисептике.	Соблюдается инфекционная безопасность
12. Обработать спиртом перчатки	Соблюдается инфекционная

	безопасность
13. Взять шприц в правую руку так, чтобы указательный палец фиксировал муфту иглы, а остальные охватывали цилиндр шприца	Обеспечивается правильное положение шприца
14. Первым пальцем левой руки оттянуть кожу локтевого сгиба вниз по ходу вены. Зафиксировать вену	Создаются условия для венепункции
15. Держа шприц параллельно к коже, срезом иглы вверх, провести венепункцию. Ощувив «провал», легонько потянуть поршень на себя, набирая необходимое количество крови в шприц	Обеспечивается профилактика осложнений. Создается возможность набора крови
16. Попросить пациента разжать кулак и осторожно снять жгут	Обеспечивается последовательность выполнения манипуляции
17. Прижать к месту инъекции ватный шарик, смоченный в спирте, резким движением вытянуть иглу.	Соблюдается инфекционная безопасность. Уменьшаются болевые ощущения
18. Попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе вместе с ватным шариком на 3-5 минут	Обеспечивается предупреждение кровотечения
19. Не касаясь края пробирки, осторожно вылить в нее кровь. Закрыть пробирку резиновой пробкой.	Предупреждение разрушения эритроцитов. Обеспечивается инфекционная безопасность
20. Спросить у пациента о его самочувствии. Забрать ватный шарик	Обеспечивается профилактика осложнений
21. Снять перчатки, маску, фартук, провести дезинфекции	Соблюдается инфекционная безопасность
22. Оформить направление и отправить кровь в лабораторию в контейнере. Примечание: не допускать укладки бланков направления в контейнер	Соблюдается инфекционная безопасность
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Продезинфицировать использованное оснащение.	Соблюдается инфекционная безопасность
2. Провести гигиеническую обработку рук	Соблюдается инфекционная безопасность
3. Сделать запись о проведении процедуры в листке врачебных назначений	Обеспечивается документирование манипуляции

### 2.1.9. Забор крови из вены вакуумной системой

#### Оснащение:

Стерильные: вакуумные пробирки для забора крови (вакутайнер), игла двусторонняя для вакутайнера, одноразовый или многоразовый держатель, ватные шарики или салфетки, пропитанные антисептиком, лоток почкообразный.

Медицинские перчатки, маска, защитный экран (очки), водонепроницаемый фартук, спирт этиловый 70%, клеенчатая подушечка, венозный жгут, полотенце, клеенка, лоток для использованного материала, аптечка для проведения экстренной профилактики при аварийных ситуациях, емкости с дезрастворами, штатив для пробирок, контейнер для транспортировки биоматериала, направление в лабораторию, ручка, антисептик.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
2. Получить согласие на ее проведение	Соблюдаются права пациента
3. Подобрать пробирки нужного объема и вида (в соответствии с цветовым кодом крышек пробирок). Подобрать иглу соответствующего размера в зависимости от состояния вен пациента, объема забираемой крови	Обеспечиваются условия проведения манипуляции
4. Проверить срок годности пробирок, игл. Убедиться в сохранности печати, которая гарантирует стерильность. Если она повреждена – не использовать иглу	Соблюдается инфекционная безопасность
5. Надеть маску, фартук, при необходимости – защитный экран (очки)	Соблюдается инфекционная безопасность
6. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки	Соблюдается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	Обеспечивается оценка состояния пациента
1. Спросить пациента о его самочувствии	Обеспечивается оценка состояния пациента
2. Предложить пациенту сесть или лечь. Определить место инъекции	Обеспечивается удобное положение для выполнения манипуляции
3. Предплечье пациента уложить на твердую основу внутренней поверхностью кверху. Под локоть подложить клеенчатую подушечку и клеенку	Обеспечивается полное разгибание локтевого сустава. Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Определить пульс на лучевой артерии	Обеспечивается оценка состояния пациента
5. Наложить на плечо, на 5-7 см выше локтевого сгиба, венозный жгут (на рубашку, полотенце или салфетку) так, чтобы свободные концы были направлены вверх	Обеспечивается кровенаполнение вены
6. Проверить пульс на лучевой артерии, он не должен измениться	Проверка правильности наложения жгута
7. Взять иглу, снять белый колпачок, чтобы открыть иглу с клапаном. Вернуть закрытый резиновым клапаном конец иглы в держатель до упора. Примечание: если игла имеет защитный розовый колпачок – отогнуть его к держателю	Обеспечивается условие проведения процедуры

8. Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кулак	Условие для улучшения наполнения вен
9. Выбрать наиболее наполненную вену	Обеспечивается эффективное выполнение манипуляции
10. Попросить пациента сжать кулак	Способствует наполнению кровью вены
11. Протереть внутреннюю поверхность локтевого сгиба двумя ватными шариками, смоченными в антисептике, от центра к периферии	Соблюдается инфекционная безопасность
12. Обработать спиртом перчатки	Соблюдается инфекционная безопасность
13. Снять цветной защитный колпачок	Обеспечивается условие проведения процедуры
14. Взять держатель в правую руку: указательный палец придерживает канюлю иглы, остальные пальцы охватывают цилиндр держателя	Необходимое условие для выполнения инъекции
14. Вакуумную пробирку вакутайнер взять в левую руку	Обеспечивается условие проведения процедуры
15.левой рукой зафиксировать вену (большим пальцем слегка натянув кожу по ходу вены на 3-5см ниже места венепункции)	Облегчается попадание в вену
16. Иглой, срезом вверх, проколоть кожу и пунктировать вену под углом 15° до ощущения «провала»	Обеспечивается последовательность выполнения манипуляции
17. Убедиться в том, что игла находится в вене, посмотрев на канюлю между иглой и многоразовым держателем. Примечание: появление крови в канюле свидетельствует о нахождении иглы в вене	Обеспечивается контроль местонахождения иглы
18. Присоединить пробирку-вакутайнер с внутренней стороны держателя до упора, проколов эластичную мембрану в центре крышки пробирки и осуществить забор крови в количестве, необходимом для исследования	Кровь набирается благодаря вакууму, созданному в пробирке. Дозированный объем вакуума обеспечивает точное соотношение кровь/реагент в пробирке
19. В случае забора крови для различных исследований последующий вакутайнер соединить с иглой, неподвижно расположенной в вене. Примечание: следует соблюдать правильную последовательность заполнения пробирок: а) для биохимического исследования вакутайнер с красной крышкой; б) для исследования на протромбин вакутайнер с голубой крышкой; в) для общего анализа крови вакутайнер с сиреневой	Цвет крышки вакутайнера зависит от содержимого пробирки: а) красная крышка пустая или с гелиевой прослойкой для разделения эритроцитарной массы и плазмы после центрифугирования; б) голубая крышка цитрат натрия;

крышкой	в)сиреневая крышка - ЭДТА
20. Во время забора крови следить за состоянием пациента	Обеспечивается профилактика осложнений
21. Попросить пациента разжать кулак и осторожно снять жгут левой рукой, потянув за один из его свободных краев	Обеспечивается последовательность выполнения манипуляции
22. Приложить ватный шарик или салфетку к игле, извлечь ее, поместить в лоток вместе с многоразовым держателем	Соблюдается инфекционная безопасность
23. Попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе вместе с ватным шариком или салфеткой на 3-5 минут	Обеспечивается предупреждение кровотечения
24. Спросить у пациента о его самочувствии	Определяется реакция пациента на процедуру
25. На пробирке подписать фамилию и инициалы пациента, дату рождения и дату взятия крови	Исключается возможность ошибки
26. Если пробирка с цитратом натрия или ЭДТА, аккуратно, плавными движениями, перевернуть пробирку несколько раз Примечание: не встряхивать резко пробирку, это может привести к разрушению форменных элементов крови	Обеспечивается смешивание крови с реагентом
27. Оформить направление и отправить кровь в лабораторию в контейнере.	Обеспечивается условие своевременного проведения исследования
<b>III. Окончание процедуры</b>	Обеспечивается безопасная утилизация игл
1. Отсоединить иглу от многоразового держателя поворотным движением (против часовой стрелки) с помощью специально оборудованного контейнера для сбора острого инструментария	
2. Проздезинфицировать использованное оснащение	Соблюдается инфекционная безопасность
3. Снять перчатки. Провести гигиеническую обработку рук	Соблюдается инфекционная безопасность
4. Сделать запись о проведении процедуры в листке врачебных назначений	Обеспечивается документирование манипуляции

### 2.1.10.Сбор мочи для общего клинического анализа

#### Оснащение:

Чистая сухая прозрачная емкость с крышкой, бланки направлений, 2% раствор натрия гидрокарбоната, контейнер для транспортировки материала, дезинфицирующий раствор в промаркированной ёмкости, антисептик

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре (осуществляется накануне вечером)</b>	
1. Объяснить суть и порядок проведения исследования.	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре

2. Получить согласие пациента.	Соблюдаются права пациента на информацию
3. Подготовить чистую сухую прозрачную емкость с крышкой.	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Оформить направление, прикрепить его к емкости и принести пациенту.	Обеспечивается условие выполнения процедуры
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Посоветовать пациенту перед сбором мокроты почистить зубы мягкой зубной щеткой, прополоскать рот теплой водой, потом одним из дезинфицирующих средств (например, 2% раствором натрия гидрокарбоната).	Обеспечивается достоверность результата
2. Посоветовать пациенту провести сбор мокроты в следующем порядке: а) сбор мокроты проводить утром натощак; б) снять крышку с емкости; в) сделать несколько кашлевых движений и откашлять мокроту в емкость; г) закрыть крышку.	Обеспечивается условие выполнения процедуры
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Отправить свежевыделенную мокроту в специально предназначенном контейнере не позднее 2-х часов в клиническую лабораторию.	Обеспечивается правильность проведения клинического исследования
2. Сделать запись о выполнении процедуры в медицинскую документацию.	Обеспечивается документирование результатов исследования.
3. Продезинфицировать контейнер после использования двукратным протиранием ветошью, смоченной в дезрастворе.	Обеспечивается инфекционная безопасность

### 2.1.11. Анализ мочи по методу Нечипоренко

#### Оснащение:

Чистая сухая стеклянная емкость объемом 250 мл., контейнер для транспортировки материала, медицинская документация, бланк направления, ручка.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
2. Получить согласие пациента.	Соблюдаются права пациента
3. Оформить направление на обследование.	Обеспечивается достоверность результата исследования
4. Объяснить пациенту особенности подготовки, к процедуре, проводимой в амбулаторных условиях: подготовить посуду для сбора мочи, дать направление на исследование, заполнить его по форме, объяснить пациенту/семье, куда и в какое время нужно принести емкость с мочой и направление.	Обеспечивается достоверность результата исследования Обеспечивается своевременность доставки материала в лабораторию

<p>5. Объяснить пациенту особенности подготовки к процедуре в стационарных условиях:</p> <p>а) обучить пациента технике подмывания (утром перед исследованием обработать наружные половые органы теплой водой с мылом в направлении от уретры к промежности с последующим подсушиванием салфеткой в том же направлении). Если у пациентки в этот период менструация, посоветовать ей закрыть отверстие влагалища ватно-марлевым тампоном);</p> <p>б) обучить пациента технике сбора мочи для исследования (утром после гигиенической процедуры начать мочеиспускание в унитаз на счет 1, 2, затем задержать мочеиспускание, открыть банку и собрать в нее 5–10 мл мочи, затем завершить мочеиспускание в унитаз).</p>	<p>Обеспечивается достоверность результата исследования</p>
<p><b>II. Выполнение процедуры в стационаре</b></p> <p>1. Проконтролировать действия пациента по сбору мочи на исследование.</p>	<p>Обеспечивается сбор материала</p>
<p>2. Отправить материал на исследование в лабораторию на протяжении одного часа, соблюдая все правила инфекционной безопасности.</p>	<p>Обеспечиваются условия для выполнения исследования</p>
<p><b>III. Окончание процедуры в стационаре</b></p> <p>1. Сделать запись о проведении процедуры.</p>	<p>Обеспечивается преемственность сестринского ухода.</p>
<p>2. Подклеить полученные на следующий день результаты исследования в документацию.</p>	<p>Обеспечивается документирование результатов исследования</p>

### 2.1.12. Анализ мочи по методу Зимницкого

#### Оснащение:

8 сухих чистых флаконов объемом 250-500мл, бланки направлений, 2-3 дополнительные ёмкости, контейнер для транспортировки материала, медицинская документация, ручка.

Этапы	Обоснование
<p><b>I. Подготовка к процедуре</b></p> <p>1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры</p>	<p>Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре</p>
<p>2. Получить согласие пациента на её проведение.</p>	<p>Соблюдаются права пациента</p>
<p>3. Объяснить пациенту особенности подготовки к процедуре в амбулаторных условиях:</p> <p>а) подготовить 8 основных и 1-2 дополнительных чистых стеклянных емкостей объемом 250-500 мл;</p> <p>б) к 8 основным прикрепить этикетки с указанием времени сбора мочи (6-9, 9-12, 12 - ... и т.д.), ФИО пациента, цели исследования; к дополнительным – не прикреплять;</p> <p>в) дать направление на исследование, заполнив его по форме, объяснить пациенту, когда и в какое время он/семья должны принести все емкости с мочой и направление</p>	<p>Обеспечивается достоверность результатов исследования</p>

<p>4. Объяснить пациенту особенности подготовки к процедуре в амбулаторных и стационарных условиях:</p> <p>а) объяснить, что сбор мочи будет проводиться сутки;</p> <p>б) водно-пищевой режим – обычный (обильное питье влияет на результат исследования);</p> <p>в) за сутки отменяются все мочегонные средства (действие мочегонных препаратов искажает результат исследования);</p> <p>г) в день начала исследования, в 6 утра, необходимо помочиться в унитаз, далее моча собирается в отдельные емкости каждые 3 часа (6-9,9-12,12-15,15-18,18-21,21-24,24-3,3-6);</p> <p>д) объяснить, что дополнительные банки используют, если емкость основной банки недостаточна для конкретной порции, в этом случае на дополнительной емкости указать соответствующий временной промежуток;</p> <p>е) если мочи за данный промежуток времени не было, то емкость доставляется в лабораторию пустой;</p> <p>ё) в условиях стационара предупредить пациента, что емкости хранятся в туалете/санитарной комнате (ночью медсестра пациента разбудит)</p>	<p>Обеспечивается достоверность результатов исследования</p>
<p><b>II. Выполнение процедуры в стационаре:</b></p> <p>1. Проконтролировать действия пациента по сбору мочи на исследование</p>	<p>Обеспечивается сбор материала на исследование</p>
<p>2. Доставить емкости с мочой в клиническую лабораторию на исследование</p>	<p>Обеспечивается своевременность доставки материала в лабораторию</p>
<p><b>III. Завершение процедуры в стационаре:</b></p> <p>1. Сделать запись о проведении процедуры</p>	<p>Обеспечивается преемственность ухода</p>
<p>2. Подклеить полученные на следующий день результаты в медицинскую документацию</p>	<p>Обеспечивается документирование результатов исследования.</p>

### 2.1.13. Определение глюкозы в моче экспресс-методом

#### Оснащение:

Бланк направления, емкость для сбора мочи, цилиндр, пинцет, пипетка, средства экспресс-диагностики, медицинские перчатки, дезинфицирующий раствор в промаркированной емкости, медицинская документация, ручка

Этапы	Обоснование
<p><b>I. Подготовка к процедуре</b></p> <p>1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры</p>	<p>Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре</p>
<p>2. Получить согласие пациента.</p>	<p>Соблюдаются права пациента на информацию</p>
<p>3. Подготовить необходимое оснащение.</p>	<p>Обеспечивается условие проведения процедуры</p>
<p>4. Провести гигиеническую обработку рук.</p>	<p>Обеспечивается инфекционная</p>

	безопасность
5. Надеть медицинские перчатки.	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Налить в цилиндр или другую ёмкость мочу.	Обеспечивается условие проведения процедуры
2. Взять пинцетом полоску реактивной бумаги «глюкотест» и желтый конец опустить в мочу.	Обеспечивается условие проведения процедуры
3. Извлечь реактивную бумагу и положить на край цилиндра или пластмассовую пластину.	Обеспечивается условие проведения процедуры
4. Изменение цвета на зеленый указывает на наличие сахара в моче.	Интерпретация полученных результатов.
5. Через 2 минуты сравнить цвет реактивной бумаги со шкалой.	Интерпретация полученных результатов.
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Снять медицинские перчатки, замочить их в дезрастворе. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Сделать запись о выполнении процедуры в медицинскую документацию.	Обеспечивается документирование результатов исследования.

#### 2.1.14. Определение кетоновых тел в моче экспресс-методом

##### Оснащение:

Ёмкость для сбора мочи, бланк направления, пинцет, пипетка, средства экспресс-диагностики, медицинские перчатки, дезинфицирующий раствор в промаркированной ёмкости, антисептик, медицинская документация, ручка

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
2. Получить согласие пациента.	Соблюдаются права пациента
3. Подготовить необходимое оснащение.	Обеспечивается условие проведения процедуры
4. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность
5. Надеть медицинские перчатки.	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Положить на белую бумагу таблетку из комплекта экспресс-диагностики ацетона в моче.	Обеспечивается условие проведения процедуры
2. Нанести пипеткой 1-2 капли мочи на таблетку.	Обеспечивается условие проведения процедуры
3. Изменение цвета на фиолетовый указывает на наличие ацетона.	Интерпретация полученных результатов
4. Через 2 минуты сравнить цвет таблетки со шкалой.	Интерпретация полученных результатов

<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Положить использованное оборудование в ёмкость для дезинфекции.	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Снять и продезинфицировать перчатки. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Сделать запись о выполнении процедуры в медицинскую документацию.	Обеспечивается документирование результатов исследования

### 2.1.15. Определение глюкозы в суточной моче

#### Оснащение:

Чистые сухие емкости объемом 250 мл, 0,5 л, 3 л, бланк направления, палочка для перемешивания мочи, медицинские перчатки, дезинфицирующий раствор в промаркированной ёмкости, медицинская документация, ручка

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре (проводится накануне днем или вечером)</b>	
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
2. Получить согласие пациента.	Соблюдаются права пациента
3. Объяснить пациенту особенности подготовки к процедуре в амбулаторных условиях: а) объяснить, что пациент/семья должны подготовить чистые сухие стеклянные емкости: объемом 3 л для сбора мочи в течение суток, объемом 0,5 л для более удобного мочеиспускания, объемом 250 мл для транспортировки мочи в лабораторию; б) объяснить пациенту/семье, куда и в какое время нужно принести емкость с мочой и направление.	Обеспечивается проведение исследования. Обеспечивается своевременная доставка материала в лабораторию.
4. Объяснить пациенту особенности подготовки к процедуре в стационарных условиях: а) объяснить, что сбор мочи будет проводиться сутки; б) водно-пищевой режим – обычный; в) в день начала исследования, в 8 утра, необходимо помочиться в унитаз, далее до 8 утра следующего дня собирать мочу в 3-литровую емкость; г) медсестре/пациенту/члену семьи измерить общее количество мочи; д) деревянной палочкой тщательно перемешать мочу, чтобы равномерно распределился осадок, который содержит кристаллы солей и форменные элементы; е) отлить в отдельно подготовленный сосуд 100-150 мл мочи для доставки в лабораторию, емкость закрыть крышкой; ё) в направлении указать суточное количество мочи; ж) пациенту в стационаре объяснить, где в условиях стационара он должен оставить емкость с мочой и кому нужно сообщить об этом.	Обеспечивается достоверность проведения исследования. Обеспечивается своевременность доставки материала в лабораторию.

5. Написать этикетку и наклеить её на 3л емкость (суточный диурез, ФИО, дата и время начала сбора мочи).	Обеспечивается условие выполнения процедуры.
6. Оформить направление.	Обеспечивается условие выполнения процедуры.
<b>II. Выполнение процедуры в стационаре</b>	
1. Проконтролировать действия пациента по сбору мочи на исследование	Обеспечивается сбор материала
2. Провести гигиеническую обработку рук, надеть медицинские перчатки.	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Провести последовательно: а) измерить общее количество мочи; б) деревянной палочкой тщательно перемешать мочу, чтобы равномерно распределился осадок, который содержит кристаллы солей и форменные элементы; в) отлить в отдельно подготовленный сосуд 100-150 мл мочи для доставки в лабораторию, емкость закрыть крышкой; г) в направлении указать суточное количество мочи.	Обеспечивается достоверность проведения исследования.
2. Отправить материал на исследование в лабораторию на протяжении одного часа, соблюдая все правила инфекционной безопасности.	Обеспечивается своевременность доставки мочи на исследование.
<b>III. Окончание процедуры в стационаре</b>	
1. Снять перчатки, поместить их в емкость с дезраствором. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Сделать запись о выполнении процедуры в медицинскую документацию.	Обеспечивается преемственность сестринского ухода
3. Подклеить полученные на следующий день результаты исследования в документацию	Обеспечивается документирование результатов исследования.

### 2.1.16. Подготовка пациента к взятию кала на скрытую кровь

#### Оснащение:

Подкладное судно, чистая сухая стеклянная емкость с крышкой или одноразовый пластиковый контейнер для кала, шпатель, направление, медицинские перчатки, маска, дезинфицирующий раствор в промаркированной емкости, антисептик, контейнер для транспортировки.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры Получить согласие пациента	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре Соблюдаются права пациента
2. Разъяснить пациенту особенности подготовки к процедуре: а) в течение 3-5 дней перед сбором кала необходимо соблюдение диеты, в которой исключаются мясные и	Обеспечивается достоверность результатов исследования (несоблюдение этих условий может приводить к

<p>рыбные блюда, зеленые овощи, гранаты, яблоки, томаты, свекла, гречневая каша;</p> <p>б) нельзя принимать медикаменты, которые содержат железо, йод, бром, висмут;</p> <p>в) при кровоточивости десен не чистить зубы щеткой;</p> <p>г) не проводить промывание желудка, зондирования, клизм.</p>	ложноположительному результату)
<p>3. Уточнить у пациента или его близких, нет ли у него другого источника кровотечения (десны, кровохарканье, геморрой, менструация, удаление зубов, носовые кровотечения), приводящего к ложноположительному результату.</p> <p>В случае положительного ответа дать рекомендации, позволяющие исключить попадание крови в фекалии (при необходимости проконсультироваться у врача)</p>	Обеспечивается достоверность результата исследования
4. Оформить направление.	Обеспечивается условие выполнения процедуры.
5. Подготовить оснащение.	Обеспечивается условие выполнения процедуры.
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Утром в день исследования попросить пациента опорожниться в чистое сухое судно.	Обеспечивается достоверность результата, так как продолжительное хранение фекалий при комнатной температуре и наличие воды снижают достоверность результатов
2. Надеть маску, провести гигиеническую обработку рук, надеть медицинские перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Взять деревянным шпателем 10 – 20 г свежесформованного кала из разных мест (с внешней поверхности и внутренней части) и перенесите в подготовленную емкость, закрыть крышкой.	Обеспечивается условие выполнения процедуры
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Снять и провести дезинфекцию перчаток, использованного инструментария с последующей утилизацией одноразового	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Отправить материал на исследование в лабораторию, соблюдая все правила инфекционной безопасности.	Обеспечивается условие для проведения исследования
13. Сделать запись о выполнении процедуры в медицинскую документацию. Подклеить полученные результаты исследования в медицинскую документацию.	Обеспечивается документирование результатов исследования.

### 2.1.17. Взятие кала для копрологического исследования

#### Оснащение:

Судно, шпатель, чистая сухая емкость или одноразовый пластиковый контейнер для кала, бланк направления, маска, медицинские перчатки,

дезинфицирующий раствор в промаркированной емкости, контейнер для транспортировки биоматериала, антисептик, медицинская документация, ручка

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b> 1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры.	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
2. Объяснить суть и порядок проведения исследования. Предупредить пациента, что на протяжении 3 – 4х дней перед исследованием: а) нельзя принимать лекарственные средства (атропин, адреналин, платифиллин, мезатон, изадрин, препараты железа, карболен, висмут); б) нельзя применять ректальные свечи, клизмы, тепловые процедуры.	Обеспечивается достоверность исследования. Препараты усиливают перистальтику и изменяют кал.
3. Получить согласие пациента.	Соблюдение прав пациента
4. Оформить направление.	Обеспечивается условие выполнения процедуры.
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Утром в день исследования попросить пациента опорожниться в чистое сухое судно, в кале не должно быть примесей воды, мочи.	Обеспечивается достоверность результата, так как продолжительное хранение фекалий при комнатной температуре и наличие воды снижают достоверность результатов
2. Подготовить оснащение.	Обеспечивается условие выполнения процедуры.
3. Надеть маску, провести гигиеническую обработку рук- надеть перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Взять деревянным шпателем из нескольких мест 15 – 20г свежевыделенного кала (в теплом виде) и перенести в приготовленную емкость, закрыть крышкой.	Обеспечивается условие выполнения процедуры
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Отправить материал на исследование в клиническую лабораторию, сразу после акта дефекации, соблюдая все правила инфекционной безопасности. Примечание: допускается хранение емкости с фекалиями при температуре 3-5°C не более 8 часов.	Обеспечивается своевременная доставка материала в лабораторию Обеспечивается инфекционная безопасность.
2. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразового.	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Снять перчатки и положить их в емкость для дезинфекции. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Сделать запись о выполнении процедуры в медицинскую документацию. Подклеить полученные результаты исследования в документацию.	Обеспечивается документирование результатов исследования.

### 2.1.18. Взятие кала для анализа на яйца гельминтов

#### Оснащение:

Судно, шпатель, чистая сухая емкость с широким горлом или одноразовый пластиковый контейнер для кала, крышка, бланк направления, медицинские перчатки, маска, дезинфицирующий раствор в промаркированной ёмкости, антисептик, контейнер для транспортировки, медицинская документация, ручка

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
2. Получить согласие пациента.	Соблюдаются права пациента
3. Подготовить оснащение.	Обеспечивается условие выполнения процедуры.
4. Оформить направление.	Обеспечивается условие выполнения процедуры.
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Попросить пациента опорожниться в чистое сухое судно, в кале не должно быть примесей воды, мочи.	Обеспечивается достоверность результата, так как продолжительное хранение фекалий при комнатной температуре и наличие воды снижают достоверность результатов
2. Надеть маску, провести гигиеническую обработку рук- надеть медицинские перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Взять деревянным шпателем из нескольких мест 5 – 10г свежевыделенного кала (в теплом виде) и перенести в подготовленную емкость, закрыть крышкой.	Обеспечивается условие выполнения процедуры
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Отправить материал на исследование в клиническую лабораторию, сразу после акта дефекации, соблюдая все правила инфекционной безопасности. Примечание: допускается хранение емкости с фекалиями при температуре 3-5°C не более 8 часов.	Обеспечивается своевременная доставка материала в лабораторию Обеспечивается инфекционная безопасность.
2. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразового.	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Снять перчатки и положить их в емкость для дезинфекции. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Сделать запись о выполнении процедуры в медицинскую документацию. Подклеить полученные результаты исследования в документацию.	Обеспечивается документирование результатов исследования.

### 2.1.19. Взятие кала для обнаружения простейших.

#### Оснащение:

Судно, шпатель, флакон с консервантом (1/2 флакона), крышка, бланк направления, маска, медицинские перчатки, дезинфицирующий раствор в промаркированной ёмкости, антисептик, контейнер для транспортировки

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
2. Получить согласие пациента.	Соблюдаются права пациента
3. Подготовить оснащение.	Обеспечивается условие выполнения процедуры.
4. Оформить направление.	Обеспечивается условие выполнения процедуры.
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Попросить пациента опорожниться в чистое сухое судно, в кале не должно быть примесей воды, мочи.	Обеспечивается достоверность результата, так как продолжительное хранение фекалий при комнатной температуре и наличие воды снижают достоверность результатов
2. Надеть маску, провести гигиеническую обработку рук- надеть медицинские перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Взять шпателем сразу после акта дефекации свежевыделенный кал (1/3 объема консерванта) и поместить его во флакон.	Обеспечивается эффективность проводимого исследования (простейшие при остывании кала теряют свою подвижность и быстро гибнут)
9. Закрыть флакон пробкой и зафиксировать лейкопластырем.	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Отправить материал на исследование в теплом виде не позднее, чем через 15-20 минут с момента дефекации.	Обеспечивается своевременная доставка материала в лабораторию
2. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразового.	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Снять перчатки и положить их в емкость для дезинфекции. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Сделать запись о выполнении процедуры в медицинскую документацию. Подклеить полученные результаты исследования в документацию.	Обеспечивается документирование результатов исследования.

### 2.1.20. Дыхательный тест с системой ХЕЛИК

**Цель:** выявление *Helicobacter pylori*

#### Оборудование:

Тест-система ХЕЛИК с индикаторной трубкой, раствор 0,5г карбамида, медицинские перчатки, антисептик

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b> 1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
2. Сообщить пациенту, что: а) обследование проводится натощак, накануне – легкий ужин. Допускается употребление жидкости, но за 1 час до обследования можно употребить не более 100 мл; б) запрещается прием антибиотиков, антисекреторных средств на протяжении 2 недель, противовоспалительных препаратов, анальгетиков, антацидных препаратов на протяжении 5 дней; в) запрещается употребление алкоголя на протяжении 3 суток перед обследованием; г) исключаются бобовые за сутки до обследования; д) за 3 часа до обследования необходимо отказаться от курения и жвачки.	Обеспечиваются условия проведения исследования
3. Получить согласие пациента.	Соблюдаются права пациента
4. Утром в день обследования пациенту необходимо почистить зубы и тщательно прополоскать рот.	Обеспечивается условие выполнения процедуры
5. Подготовить оснащение.	Обеспечивается условие выполнения процедуры
6. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть медицинские перчатки.	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b> 1. Предложить пациенту держать индикаторную трубку, вставленную в мундштук глубоко во рту и дышать как обычно. Примечание: в трубку не дуть, рот должен быть приоткрыт, нельзя касаться трубкой языка или неба, чтоб в нее не попала слюна. Если во рту накопилась слюна, можно вынуть мундштук изо рта, проглотить слюну и поместить его обратно.	Обеспечивается достоверность результата исследования
2. Через 6 минут обследования попросить пациента извлечь трубку изо рта, потом дать выпить ему раствор карбамида.	При инфицировании <i>Helicobacter pylori</i> после приема карбамида содержание аммиака в воздухе ротовой полости увеличится, и индикаторная композиция в трубке существенно изменит свою окраску относительно начального (базального) уровня.
3. Предложить пациенту еще 6 минут подержать трубку во рту, так, чтобы слюна не попала в трубку. Примечание: возможно повторное	Обеспечивается последовательность выполнения исследования

обследование через 40 минут.	
9. После этого трубку передать врачу, который определит наличие или отсутствие <i>Helicobacter pylori</i>	Проводится интерпретация результатов исследования
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразового.	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Снять перчатки и положить их в емкость для дезинфекции.	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Сделать запись о выполнении процедуры в медицинскую документацию.	Обеспечивается документирование результатов исследования.

### **3. Симптомы и ситуации, при возникновении которых необходимо немедленно сообщить врачу:**

- 3.1. Резкое ухудшение состояния пациента.
- 3.2. Отказ пациента от проведения процедуры.

### **4. Ресурсное обеспечение выполнения протокола**

#### **Оснащение:**

4.1. Стерильный шпатель, стерильная пробирка с ватным тампоном на деревянной или металлической палочке или стерильная пробирка с ватным тампоном и транспортной средой, штатив для пробирок, направление в лабораторию, маркировочный карандаш, маска, медицинские перчатки, ручка, контейнер для транспортировки биоматериала, антисептик.

4.2. Стерильная пробирка с ватным тампоном на деревянной палочке или стерильная пробирка с ватным тампоном и транспортной средой, штатив для пробирок, направление в лабораторию, маркировочный карандаш, маска, медицинские перчатки, ручка, контейнер для транспортировки биоматериала, антисептик

4.3. Стерильный шпатель, стерильная пробирка с ватным тампоном на мягком проводе, штатив для пробирок, специальный термоконтейнер (бикс с грелкой), направление в лабораторию, маркировочный карандаш, маска, медицинские перчатки, ручка, антисептик.

4.4. Стерильный ватный тампон на палочке, обезжиренное предметное стекло, специальная пластинка из стекла или плексигласа с отшлифованными краями, марлевые салфетки, маркировочный карандаш, маска, медицинские перчатки, крафт-бумага, направление в лабораторию, ручка, контейнер для транспортировки биоматериала, антисептик

4.5. Подкладное судно/ночной горшок, стерильный деревянный шпатель, стерильная баночка с притертой пробкой (контейнер для забора), стерильная

баночка с консервирующей жидкостью с притертой пробкой или контейнер для забора, направление в лабораторию, медицинские перчатки, ручка, антисептик, контейнер для доставки биоматериала

4.6. Чистая сухая прозрачная емкость объемом 200 мл или контейнер для забора мочи, перчатки, направление в лабораторию, ручка, контейнер для транспортировки, антисептик.

4.7. Стерильные: шприцы (10-20 мл), иглы для внутривенных инъекций, ватные шарики, салфетки, лоток, медицинские перчатки. Маска, защитный экран (очки), водонепроницаемый фартук, спирт этиловый 70%, йод, клеенчатая подушечка, венозный жгут, пеленка, клеенка, 2 флакона с жидкой стерильной питательной средой, спиртовка, аптечка для проведения экстренной профилактики при аварийных ситуациях, зажигалка или спички, направление в лабораторию, ручка, антисептик, контейнер для транспортировки биоматериала.

4.8. Стерильные: шприцы (10-20мл), иглы для внутривенных инъекций, ватные шарики, салфетки, лоток. Медицинские перчатки, маска, пинцет в дезинфицирующем растворе, поддерживающим стерильность, защитный экран (очки), водонепроницаемый фартук, спирт этиловый 70%, клеенчатая подушечка, венозный жгут, полотенце, клеенка, лоток для использованного материала, аптечка для проведения экстренной профилактики при аварийных ситуациях, емкости с дезрастворами, штатив с пробирками, контейнер для транспортировки биоматериала, направление в лабораторию, ручка, антисептик

4.9. Стерильные: вакуумные пробирки для забора крови (вакутайнер), игла двусторонняя для вакутайнера, одноразовый или многоразовый держатель, ватные шарики или салфетки, пропитанные антисептиком, лоток почкообразный.

Медицинские перчатки, маска, защитный экран (очки), водонепроницаемый фартук, спирт этиловый 70%, клеенчатая подушечка, венозный жгут, полотенце, клеенка, лоток для использованного материала, аптечка для проведения экстренной профилактики при аварийных ситуациях, емкости с дезрастворами, штатив для пробирок, контейнер для транспортировки биоматериала, направление в лабораторию, ручка, антисептик.

4.10. Чистая сухая прозрачная емкость с крышкой, бланки направлений, 2% раствор натрия гидрокарбоната, контейнер для транспортировки материала, дезинфицирующий раствор в промаркированной ёмкости, антисептик

4.11. Чистая сухая стеклянная емкость объемом 250 мл, контейнер для транспортировки материала, медицинская документация, бланк направления, ручка.

- 4.12. 8 сухих чистых флаконов объемом 250-500мл, бланки направлений, 2-3 дополнительные ёмкости, контейнер для транспортировки материала, медицинская документация, ручка.
- 4.13. Бланк направления, емкость для сбора мочи, цилиндр, пинцет, пипетка, средства экспресс-диагностики, медицинские перчатки, дезинфицирующий раствор в промаркированной емкости, медицинская документация, ручка.
- 4.14. Емкость для сбора мочи, бланк направления, пинцет, пипетка, средства экспресс-диагностики, медицинские перчатки, дезинфицирующий раствор в промаркированной ёмкости, антисептик, медицинская документация, ручка.
- 4.15. Чистые сухие емкости объемом 250 мл, 0,5 л, 3 л, бланк направления, палочка для перемешивания мочи, медицинские перчатки, дезинфицирующий раствор в промаркированной ёмкости, медицинская документация, ручка.
- 4.16. Подкладное судно, чистая сухая стеклянная емкость с крышкой или одноразовый пластиковый контейнер для кала, шпатель, направление, медицинские перчатки, маска, дезинфицирующий раствор в промаркированной емкости, антисептик, контейнер для транспортировки.
- 4.17. Судно, шпатель, чистая сухая емкость или одноразовый пластиковый контейнер для кала, бланк направления, маска, медицинские перчатки, дезинфицирующий раствор в промаркированной емкости, контейнер для транспортировки биоматериала, антисептик, медицинская документация, ручка.
- 4.18. Судно, шпатель, чистая сухая емкость с широким горлом или одноразовый пластиковый контейнер для кала, крышка, бланк направления, медицинские перчатки, маска, дезинфицирующий раствор в промаркированной ёмкости, антисептик, контейнер для транспортировки, медицинская документация, ручка.
- 4.19. Судно, шпатель, флакон с консервантом (1/2 флакона), крышка, бланк направления, маска, медицинские перчатки, дезинфицирующий раствор в промаркированной ёмкости, антисептик, контейнер для транспортировки.
- 4.20. Тест-система ХЕЛИК с индикаторной трубкой, раствор 0,5г карбамида, медицинские перчатки, антисептик.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 422 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 Лечебное дело».
2. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 595 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.02 Акушерское дело».

3. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 593 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело».
4. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 23.09.2015 № 561 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 19.01.02 Лаборант-аналитик».
5. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 423 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.03 Лабораторная диагностика».
6. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 24.08.2015 № 421 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 32.02.01 Медико-профилактическое дело».
7. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 04.06.2015 № 01.1/57 «Об утверждении номенклатуры должностей и специальностей медицинских и фармацевтических работников».
8. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.06.2015 № 282 «Об утверждении перечня профессий рабочих, должностей служащих, по которым осуществляется профессиональное обучение».
9. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08.12.2015 № 012.1\628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики».
10. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 20.08.2015 № 012.1\286 «Об утверждении порядка дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него».
11. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.08.15 № 012.1/285 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в отдельных учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
12. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 21.12.15 № 012.1/670 «Об утверждении основных документов по вопросам контроля качества оказания медицинской помощи».

13. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.11.15 № 012.1/599 «Об утверждении форм первичной учетной документации, которые используются в лабораториях и других учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
14. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 12.03.15 № 312 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
15. Приказ МЗ Украины от 21.09.10 г. №798 «Об утверждении методических рекомендаций» «Хирургическая и гигиеническая обработка рук медицинского персонала».
16. Губенко И.Я., Шевченко А.Т., Бразалий Л.П., Апшай В.Г. Медсестринский уход за пациентом: Стандарты выполнения медсестринских процедур, манипуляций и планов ухода и обучения: уч.пособие. – К.: Медицина, 2008.
17. Касевич Н.Н. Основы медсестринства в модулях: уч.пособие. – К.: Медицина, 2009.
18. Касевич Н.М. Общий уход за больными и медицинская манипуляционная техника: учебник. – К.: Медицина, 2008. – 424 с.
19. Ковальчук Л.М. Учебное пособие по хирургии в модулях - К.: «Медицина», 2009.
20. Основы сестринского дела: Алгоритмы манипуляций: учебное пособие Н.В. Широкова и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

И.о. министра



А.А. Оприщенко

ОДОБРЕНО

Экспертным советом по  
стандартизации медицинской  
помощи в системе Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
08.09.2016 протокол № 3

УТВЕРЖДЕН  
Приказом Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
28.12.2016 № 1555

## **ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ (ФЕЛЬДШЕРА, АКУШЕРКИ) ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ В ПОДДЕРЖАНИИ ПАЦИЕНТОМ ЛИЧНОЙ ГИГИЕНЫ**

### **1. Паспортная часть**

**1.1. Проблема, связанная со здоровьем:** необходимость оценки функционального состояния пациента.

**1.2. Код по МКБ-10:** Не определяется.

**1.3. Цель протокола:** Информационное обеспечение оказания помощи в соблюдении пациентом личной гигиены медицинской сестрой (фельдшером, акушеркой).

**1.4. Дата составления протокола:** март 2016

**1.5. Дата пересмотра протокола:** март 2019

**1.6. Список и контактная информация лиц, которые участвовали в разработке протокола:**

Составители	Учреждения-разработчики
Шумеева Александра Аркадьевна (председатель рабочей группы), специалист I категории отдела оказания медицинской помощи взрослому населению	Отдел оказания медицинской помощи взрослому населению МЗ ДНР
Ежикова Татьяна Витальевна (заместитель председателя рабочей группы), заместитель главного врача по медсестринству	КУ «ГБ № 2 г. Горловка»
Белецкая Елена Викторовна, заведующий отделением специальности «Сестринское дело»	Горловский медицинский колледж Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
Андрюхова Людмила Владимировна, преподаватель высшей квалификационной категории, преподаватель-методист	

Левитан Ирина Анатольевна, заведующий учебно- производственной практикой, преподаватель высшей квалификационной категории	
Черепанова Лариса Владимировна, главная медсестра	ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 6 г. Макеевки
Доля Лиля Олеговна, заместитель главного врача по медсестринству	Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака МЗ ДНР
Патрикеева Вера Владиславовна, главная медсестра	Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение МЗ ДНР

**1.7. Актуальность проблемы:** необходимость унификации оказания помощи в поддержании пациентом личной гигиены.

## **2. Общая часть.**

2.1. Для всех учреждений здравоохранения.

2.1.1. Помощь пациенту во время гигиенической ванны и мытья головы.

2.1.2. Помощь пациенту во время гигиенического душа и мытья головы.

2.1.3. Мытье пациента в постели.

2.1.4. Смена постельного белья на свободной постели.

2.1.5. Смена постельного белья. I способ: пациент лежит в кровати (выполняется вдвоем).

2.1.6. Смена постельного белья. II способ: пациент лежит в кровати (выполняется вдвоем).

2.1.7. Помощь пациенту во время переодевания (пациент может сидеть).

2.1.8. Подмывание пациентки (с помощью корнцанга с салфеткой).

2.1.9. Подмывание пациентки (с помощью махровой перчатки).

2.1.10. Подмывание пациента (с помощью корнцанга с салфеткой).

2.1.11. Подмывание пациента (с помощью махровой перчатки).

2.1.12. Уход за полостью рта.

2.1.13. Уход за глазами.

2.1.14. Уход за ушами.

### **2.1.1. Помощь пациенту во время гигиенической ванны и мытья головы**

#### **Оснащение:**

Водяной термометр, водонепроницаемый фартук, махровая варежка, кружка, расческа, шампунь, полотенце, пеленка, водонепроницаемый мешок, ручка, температурный лист/ другая медицинская документация.

Этапы	Обоснование
<p><b>I. Подготовка к процедуре</b></p> <p>1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры. Получить согласие пациента</p>	<p>Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре Соблюдаются права пациента</p>
<p>2. Наполнить ванну водой, измерить температуру воды (она должна быть 35-37°C)</p>	<p>Обеспечивается безопасность и комфорт пациента</p>
<p>3. Предупредить пациента о возможных неприятных ощущениях (сердцебиение, одышка) и о том, что в случае появления таких ощущений он должен сообщить об этом медицинскому работнику</p>	<p>Обеспечивается возможность своевременного прекращения процедуры, профилактика осложнений</p>
<p>4. Помочь пациенту стать в ванну, поддерживая его сзади под локти</p>	<p>Обеспечивается безопасность пациента</p>
<p>5. Помочь пациенту удобно расположиться в ванне: вода должна доходить до уровня мечевидного отростка; в нижнем конце ванны поставить подставку, чтобы можно было опереть ноги</p>	<p>Исключается перегрев пациента и его соскальзывания вниз</p>
<p>6. Побудить пациента к самостоятельному мытью. Предложить помощь в том случае, когда она необходима</p>	<p>Поддерживается чувство собственного достоинства пациента и его стремление к независимости</p>
<p>7. Предложить пациенту помочь вымыть голову, если он не может этого сделать самостоятельно</p>	<p>Поддерживается чувство собственного достоинства пациента и его стремление к независимости</p>
<p><b>II. Выполнение процедуры</b></p> <p>1. Надеть водонепроницаемый фартук. Вымыть голову пациенту:</p> <p>а) сложить пеленку в несколько раз и попросить пациента прикрыть ею глаза;</p> <p>б) смочить волосы, поливая их водой из кружки;</p> <p>в) нанести немного шампуня на волосы пациента;</p> <p>г) вымыть голову обеими руками, осторожно массируя голову, пока все волосы не будут полностью намылены;</p> <p>д) смыть мыльную пену водой.</p> <p>Примечание: если пациент просит повторить мытье - сделать это;</p> <p>а) убрать пеленку, закрывающую глаза;</p> <p>б) вытереть волосы полотенцем</p>	<p>Исключается попадание шампуня в глаза. Обеспечивается тщательное мытье волос</p>
<p>2. Помочь пациенту, если он нуждается в этом, последовательно вымыть туловище, верхние и нижние конечности, паховую область и промежность, используя махровую варежку</p>	<p>Обеспечивается личная гигиена пациента и инфекционная безопасность</p>
<p>3. Помочь пациенту встать на ноги в ванне (в случае</p>	<p>Обеспечивается безопасность</p>

необходимости помогают вдвоем, придерживаясь особенностей биомеханики тела)	пациента и медицинского работника
<b>III. Завершение процедуры</b>	
1. Накрыть плечи пациента полотенцем и помочь ему выйти из ванны (в случае необходимости помогают вдвоем)	Обеспечивается безопасность пациента и медицинского работника. Исключается переохлаждение пациента
2. Помочь пациенту насухо вытереть тело. Убедиться, что кожа между пальцами и в естественных складках сухая	Исключается опасность мацерации кожи между пальцами и в естественных складках
3. Помочь пациенту причесаться, одеться и обуться	Обеспечивается безопасность пациента и чувство собственного достоинства
4. Снять водонепроницаемый фартук провести его дезинфекцию.	Соблюдается инфекционная безопасность
5. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
6. Сделать запись в температурном листе или в соответствующей медицинской документации	Обеспечивается последовательность ухода

### 2.1.2. Помощь пациенту во время гигиенического душа и мытья головы

#### Оснащение:

Сиденье для ванны, водонепроницаемый( клеёнчатый) фартук, махровая варежка, кружка, расческа, шампунь, мыло, полотенце, пеленка, водонепроницаемый мешок, ручка, температурный лист/ другая медицинская документация.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту ход процедуры и получить его согласие	Соблюдаются права пациента
2. Поставить в ванну специальное сидение для мытья	Обеспечивается безопасность и комфорт пациента
3. Предупредить пациента о возможных неприятных ощущениях (сердцебиение, одышка) и о том, что в случае появления таких ощущений больной должен сообщить об этом медицинскому работнику	Обеспечивается возможность своевременного прекращения процедуры и профилактики осложнений
4. Помочь пациенту стать в ванну, поддерживая его сзади под локти, и затем сесть на сидение	Обеспечивается безопасность пациента
5. Побудить пациента к самостоятельному мытью. Предложить помощь в том случае, когда она необходима	Поддерживается чувство собственного достоинства пациента и его стремление к независимости
6. Предложить пациенту помочь вымыть голову, если он	Поддерживается чувство

не может этого сделать самостоятельно	собственного достоинства пациента и его стремление к независимости
<p><b>II. Выполнение процедуры</b></p> <p>1. Надеть водонепроницаемый фартук. Вымыть голову пациенту:</p> <p>а) сложить пеленку в несколько раз и попросить пациента прикрыть ею глаза;</p> <p>б) смочить волосы, поливая их водой из кружки;</p> <p>в) нанести немного шампуня на волосы пациента;</p> <p>г) вымыть голову обеими руками, бережно массируя голову, пока все волосы не будут полностью намылены;</p> <p>д) смыть мыльную пену водой.</p> <p>Примечание: если пациент просит повторить мытье - сделать это;</p> <p>а) убрать пеленку, закрывающую глаза;</p> <p>б) вытереть волосы</p>	Исключается попадание шампуня в глаза. Обеспечивается тщательное мытье волос
2. Помочь пациенту, если он нуждается в этом, последовательно вымыть туловище, верхние и нижние конечности, паховую область и промежность, используя махровую варежку	Обеспечивается личная гигиена пациента и инфекционная безопасность
3. Помочь пациенту встать на ноги в ванне (при необходимости помогают вдвоем, используя особенности биомеханики тела)	Обеспечивается безопасность пациента и медицинского работника
<p><b>III. Окончание процедуры</b></p> <p>1. Накрыть плечи пациента полотенцем и помочь ему выйти из ванны (в случае необходимости помогают вдвоем)</p>	Обеспечивается безопасность пациента и медицинского работника. Исключается переохлаждение пациента
2. Помочь пациенту насухо вытереть тело. Убедиться, что кожа между пальцами и в естественных складках сухая	Исключается не безопасность мацерации кожи между пальцами
3. Помочь пациенту причесаться, одеться и обуться	Обеспечивается безопасность пациента и чувство собственного достоинства
4. Снять водонепроницаемый фартук. Провести дезинфекцию фартука и махровой варежки, расчески (если она не индивидуальная) Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность
5. Сделать запись в температурном листе или в соответствующей медицинской документации	Обеспечивается последовательность ухода

### 2.1.3. Мытье пациента в постели

#### Оснащение:

Сосуд с теплой водой, кружка для ополаскивания волос, полотенце – 3 штуки, махровая варежка – 2 штуки, простынь, медицинские перчатки, мыло, подкладное судно, клеенка, чистое белье, шампунь, расческа, мешок для мусора, мешок для грязного белья, ручка, температурный лист/ другая медицинская документации.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры и получить его согласие (если это возможно)	Соблюдаются права пациента
2. Отгородить кровать пациента ширмой	Обеспечивается приватность и конфиденциальность
3. Опустить изголовье кровати до горизонтального уровня (или до максимально низкого уровня, если пациент не может лежать горизонтально). Опустить боковые перила	Обеспечивается правильное положение тела пациента
4. Переместить пациента на край кровати, где стоит медицинский работник (см. Протокол по перемещению пациента 20., п. 2.1.7.)	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника во время мытья
5. Снять одеяло с пациента, свернуть его и положить на спинку кровати, укрыть пациента простыней	Уменьшается риск переохлаждения пациента во время мытья
6. Снять нижнее белье с пациента: под простыней медленными движениями снять рукава с каждой руки, а затем вытащить белье из-под простыни с той стороны, где стоит медицинский работник	Предупреждается переохлаждение и обнажение пациента
7. Развернуть полотенце и положить его поперек груди пациента	Предупреждается увлажнения простыни во время мытья пациента
8. Поднять боковые поручни (при наличии)	Обеспечивается безопасность пациента
9. Подготовить сосуд с теплой водой. Убедитесь, что вода комфортной температуры - опустив в нее запястье	Исключается возможность ожога и переохлаждения
10. Опустить боковые поручни на той стороне, где находится медсестра	Обеспечивается удобство выполнения процедуры
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Махровой варежкой, смоченной водой (без мыла) промыть веки (от внешнего угла глаза к внутреннему). Вытереть веки насухо. Другим боком варежки вымыть веки второго глаза	Исключается травматизация тела пациента жесткой тканью Исключается перенос инфекции с одного глаза на другой
2. Вымыть с мылом, сполоснуть и вытереть насухо шею и ушные раковины пациента. Убедитесь, что кожа пациента	Исключается риск возникновения опрелостей за

за ушами сухая. Мылом пользоваться умеренно	ушами
3. Отбросить одеяло, которым укрыт пациент, с руки, более удаленной от медицинского работника. Положить полотенце под руку, вдоль нее. Вымыть, ополоснуть и вытереть насухо плечо, предплечье и подмышечную область пациента. Для вытирания использовать полотенце, что лежит под рукой. Во время мытья и вытирания поддерживать руку пациента в области суставов	Исключается загрязнение чистой руки
4. Вымыть, ополоснуть и вытереть кисть пациента. Если возможно, опустить кисть в емкость с водой: положить клеенку на кровать, поставить на нее сосуд с водой и опустить в нее кисть. Убрать полотенце из-под руки пациента. Укрыть руку простыней.	Обеспечивается тщательное мытье рук. Исключается переохлаждение пациента
5. Вымыть руку пациента, расположенную ближе к медицинскому работнику. Повторить п. 3, 4.	Исключается переохлаждение пациента
6. Развернуть полотенце на груди и животе пациента сверху простыни. Вытянуть простыню из-под полотенца, скручивая её в виде рулона в направлении ножного конца кровати	Исключается обнажение пациента во время мытья
7. Отбросить полотенце так, чтобы обнажить часть грудной клетки, более удаленную от медицинского работника. Вымыть, ополоснуть и вытереть насухо эту часть грудной клетки пациента. У женщин: осмотреть и вымыть складки кожи под грудью. Накрыть вымытую часть грудной клетки полотенцем	Уменьшается опасность образования опрелостей под грудью
8. Отбросить полотенце так, чтобы обнажить часть грудной клетки, находящуюся ближе к медицинскому работнику. Вымыть, ополоснуть и вытереть насухо эту часть грудной клетки пациента. Накрыть вымытую часть грудной клетки полотенцем	Исключается обнажение пациента во время мытья
9. Вымыть, ополоснуть и вытереть насухо живот пациента так, как это делалось во время мытья грудной клетки. Прикрыть грудную клетку и живот пациента простыней и вытащить из-под него полотенце	Уменьшается опасность переохлаждения пациента. Исключается обнажение пациента
10. Проверить температуру воды и то, настолько она мыльная. Если есть необходимость, поменять воду: а) поднять боковые поручни (если они есть); б) вылить воду и ополоснуть емкость для воды; в) наполнить сосуд водой; г) вернуться к кровати и опустить боковые поручни	Обеспечивается безопасность пациента и возможность его тщательного мытья
11. Откинуть простыню с той ноги пациента, которая больше удалена от медицинского работника. Положить полотенце под ногу, вдоль нее. Вымыть ногу и стопу.	Исключается опасность образования опрелостей между пальцами

<p>Если возможно, опустить стопу пациента в емкость с водой: свернуть полотенце, положить на кровать клеенку, поставить на нее сосуд с водой, попросить пациента согнуть ногу в колене и поставить стопу в воду:</p> <p>а) вымыть и сполоснуть ногу, помочь пациенту вынуть ее из воды и поставить на полотенце;</p> <p>б) отставить в сторону емкость с водой и клеенку;</p> <p>в) вытереть стопу насухо, убедиться, что кожа между пальцами сухая. Накрыть вымытую ногу простыней, убрать из-под нее полотенце.</p>	<p>Мытье стопы в сосуде с водой обеспечивает тщательное отмывание стоп и удаление грязи из-под ногтей.</p>
<p>12. Откинуть простыню с ноги пациента, расположенной ближе к медицинскому работнику. Положить под нее полотенце. Вымыть, ополоснуть и вытереть насухо ногу и стопу пациента, если возможно, вымыть стопу в сосуде с водой. Накрыть ногу простыней, убрать из-под нее полотенце</p>	<p>Исключается переохлаждение пациента</p>
<p>13. Помочь пациенту повернуться на бок, чтобы он был повернут спиной к медицинскому работнику</p>	<p>Обеспечивается возможность мытья спины</p>
<p>14. Постелить полотенце на кровать вдоль спины и ягодиц пациента. Укрыть пациента спереди простыней (грудную клетку, руки, ноги)</p>	<p>Обеспечивается возможность мытья задней поверхности тела</p>
<p>15. Вымыть, ополоснуть и вытереть насухо шею, спину и ягодицы пациента. Осмотреть кожу пациента. Сделать легкий массаж спины круговыми движениями пальцев в направлении от пояса к плечам, затем от плеч до ягодиц. Продолжительность массажа – 3-5 мин</p>	<p>Обеспечивается улучшение крово- и лимфообращения, расслабление мышц спины</p>
<p>16. Постелить под ягодицами пеленку и клеенку и (или) подставить судно и повернуть пациента на спину. Поднять боковые поручни.</p>	<p>Подготовительный этап к мытью промежности Обеспечивается безопасность пациента</p>
<p>17. Сменить в сосуде воду; убедитесь, что она комфортной температуры</p>	<p>Обеспечивается безопасность пациента</p>
<p>18. Если пациент в состоянии самостоятельно осуществить мытье промежности - предложить ему чистую махровую варежку, мыло, воду. Оставить его одного для проведения процедуры. Если пациент не в состоянии самостоятельно вымыть промежность - сделать это за него</p>	<p>Обеспечивается интимность процедуры. Пациент поощряется к сотрудничеству</p>
<p>19. Подготовка к мытью промежности:</p> <p>а) опустить боковые поручни</p> <p>б) прикрыть область промежности простыней так, чтобы один её край был на груди, другой – над промежностью; еще два – прикрывали туловище и конечности;</p> <p>в) помочь пациенту согнуть ноги в коленях и развести их;</p> <p>г) укутать каждый боковой угол простыни вокруг стопы (под стопу, вокруг нее, поверх нее);</p>	<p>Исключается опасность переохлаждения пациента и обнажение его во время процедуры.</p> <p>Улучшается доступ к промежности во время мытья.</p> <p>Простыня не соскальзывает с тела</p>

<p>д) надеть медицинские перчатки; е) надеть махровую варежку, намылить ее</p>	
<p>20. А. Уход за промежностью женщины. Мытье осуществляют движением варежки в направлении от лобка к заднему проходу: а) вымыть лобок; далее одной рукой развести половые губы и вымыть одну половую губу, затем, другой частью перчатки – вторую половую губу. Промыть поверхность между половыми губами; б) промыть перчатку в воде, сполоснуть промежность пациентки в той же последовательности, в которой осуществлялось мытье; в) вытереть насухо промежность в той самой последовательности; г) вымыть, сполоснуть и тщательно высушить участок заднего прохода в направлении от гениталий. Примечание: использовать другую часть перчатки во время каждого движения. Б. Уход за промежностью мужчины: а) взять одной рукой половой член, оттянуть крайнюю плоть (если мужчине не было сделано обрезание), вымыть головку полового члена намыленной варежкой, делая вращательные движения в направлении от наружного отверстия уретры; б) смыть мыло с варежки, прополоскать ее, сполоснуть и насухо промокнуть головку полового члена в той же последовательности, в которой производилось мытье; в) вернуть крайнюю плоть в ее естественное положение; г) вымыть, ополоснуть и насухо вытереть все остальные участка полового члена по направлению к лобку; д) тщательно вымыть, ополоснуть и просушить кожу мошонки; е) вымыть, ополоснуть и насухо вытереть область заднего прохода. Благодаря такой последовательности уменьшается опасность инфицирования мочевых путей. Изменение части варежки при каждом движении уменьшает опасность распространения инфекции, в т.ч., и мочевых путей.</p>	<p>Предупреждается образование опрелостей из-за влаги в области складок заднего прохода</p>
<p><b>III. Окончание процедуры</b> 1. Вынуть судно, клеенку, пеленку и позже продезинфицировать их</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>
<p>2. Помочь пациенту принять удобное положение, накрыть одеялом</p>	<p>Обеспечивается комфорт в постели</p>

3. Заменить нижнюю простыню (при необходимости), если не планируется мыть голову	Обеспечивается комфорт в постели
4. Вылить воду, сполоснуть посуду (если она не индивидуальная, продезинфицировать)	Обеспечивается инфекционная безопасность
5. Снять водонепроницаемый фартук, перчатки и провести дезинфекцию. Примечание: если планируем мытьё головы – водонепроницаемый фартук и перчатки не снимаем	Обеспечивается инфекционная безопасность Обеспечивается последовательность выполнения процедуры
6. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
7. Мытье головы: а) расчесать волосы; б) поставить в изголовье кровати, с той стороны, где стоит медсестра – стул; пустую емкость для воды поставить на стул; в)наполнить емкость теплой водой, убедиться, что она комфортной температуры; г) поставить ее на тумбочку рядом с кроватью; д) подложить под голову и плечи пациента клеенку, спустить свободный конец клеенки в пустую емкость для воды, которая стоит на полу или низком стуле; е) по краю клеенки, вокруг головы, разместить свернутое валиком полотенце; ё) положить на глаза пациента небольшую пеленку (махровое полотенце); ж) наполнить кружку водой и смочить волосы; з) нанести небольшое количество шампуня на волосы и бережно массажировать кожу головы, пока волосы не будут намылены; и) налить в кружку воду и смыть весь шампунь (если пациент хочет, вымыть его волосы шампунем еще раз); к) развернуть чистое сухое полотенце, бережно поднять голову пациента и вытереть его волосы насухо; если пациенту холодно, обернуть голову сухим полотенцем; л) вытянуть из-под головы клеенку, полотенце, которое лежит вокруг головы, положить их в водонепроницаемый мешок; м) сменить нижнюю простынь (в случае необходимости), используя методики, описанные в п. 2.1.5, 2.1.6; н) расчесать волосы пациента; о) вылить воду, сполоснуть емкость (если она не индивидуальна, продезинфицировать); п) снять фартук, перчатки и положить их в водонепроницаемый мешок;	Уменьшается опасность спутывания волос во время мытья.  Вода во время мытья будет стекать в емкость по желобу из клеенки, полотенце препятствует разбрызгиванию воды и намоканию простыни. Исключается попадание воды в глаза.  Обеспечивается тщательное мытье головы. Обеспечивается тщательное ополаскивание волос.  Исключается опасность переохлаждения  Обеспечивается ощущение комфорта. Обеспечивается инфекционная безопасность.

р) вымыть и высушить руки.

#### 2.1.4. Смена постельного белья на свободной постели

##### Оснащение:

Комплект чистого белья (наволочка, пододеяльник, простынь), перчатки, маска, водонепроницаемый мешок для грязного белья.

Этапы	Обоснование
<p><b>I. Подготовка к процедуре</b></p> <p>1. Надеть резиновые перчатки, водонепроницаемый фартук, маску</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность. Обеспечивается сохранность личных вещей пациента</p>
<p><b>II. Выполнение процедуры</b></p> <p>1. Снять грязное постельное белье:</p> <p>а) надеть резиновые перчатки;</p> <p>б) опустить боковые поручни (если они есть);</p> <p>в) ослабить натяжение простыни со всех сторон, двигаясь вокруг кровати;</p> <p>г) снять грязную наволочку с подушки и положить ее в мешок для грязного белья;</p> <p>д) положить подушку на чистую поверхность (например, на стул, тумбочку);</p> <p>е) извлечь одеяло из пододеяльника, сложить и поместить на чистую поверхность (например, на спинку стула);</p> <p>проверить нет ли в грязном белье личных вещей пациента (зубные протезы, слуховые аппараты и тому подобное);</p> <p>ж) свернуть все грязное белье в тугий рулон и положить в непромокаемый мешок для грязного белья;</p> <p>з) снять перчатки и положить их в водонепроницаемый мешок</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>
<p>2. Застелить кровать чистым бельем с одной стороны:</p> <p>а) сложить чистую простыню вдвое по длине;</p> <p>б) расположить центральную складку вдоль оси кровати, простынь расправить в нежном конце кровати;</p> <p>в) убедиться, что рубцы швов завернутые вниз.</p> <p>Примечание: не тряссти простыню, поскольку с движением воздуха пыль, микроорганизмы распространяются по всему помещению;</p> <p>г) расправить простынь в изголовье кровати;</p> <p>д) аккуратно заправить простыню с боков кровати;</p> <p>е) стать сбоку от кровати, близко к ней;</p> <p>ж) поднять боковой край простыни над кроватью примерно наравне 30 см, образовав треугольник;</p> <p>з) положить образованный треугольник на кровать, крепко придерживая его за верхний угол;</p>	<p>Обеспечивается комфорт пациента</p>

<p>и) заправить часть простыни, что свисает, под матрас;  к) взять треугольник за верхний угол, опустить его вниз;  л) заправить по всей длине под матрац, держа ладонями вверх, сначала среднюю треть, затем верхнюю, потом нижнюю, соответственно передвигаясь к изголовью кровати, потом  м) до нижнего конца;  н) положить пододеяльник поверх заправленной простыни и заправить в него одеяло;  о) разместить одеяло так, чтобы его центральная линия совпала с центром кровати;  п) заправить край одеяла под матрац, используя способ заправки простыни, снять перчатки, передник, маску;  р) отбросить верхнюю часть одеяла, чтобы потом можно было прикрыть им подушку</p>	
<p>3. Застелить кровать чистым бельем с другой стороны:  а) перейти на другую сторону кровати;  б) разровнять простыню;  в) заправить простыню под матрац, используя метод, описанный в п. 2 д);  г) заправить одеяло в нижней части кровати, используя метод, описанный в п. 2 д);  Примечание: боковую часть одеяла, размещенную в изголовье кровати, не заправлять;  д) отбросить верхнюю часть одеяла в изголовье кровати так, чтобы позже можно было прикрыть этим отворотом подушку</p>	Обеспечивается опрятный вид кровати
<p>4. Надевание наволочки:  а) вывернуть наволочку наизнанку;  б) надеть вывернутую наволочку на руки;  в) взять подушку за углы через наволочку;  г) надеть на подушку наволочку, выворачивая ее на лицевую сторону;  д) заправить углы подушки в углы наволочки;  е) положить подушку на кровать и прикрыть ее одеялом</p>	Обеспечивается опрятный вид кровати
<p><b>III. Окончание процедуры</b>  1. Если пациент собирается лечь в постель:  а) опустить изголовье до горизонтального уровня;  б) отвернуть одеяло;  в) помочь пациенту (в случае необходимости) занять удобное положение;  г) поднять (в случае необходимости) боковые поручни  Примечание: в случае их отсутствии использовать подручные средства. Убедиться, что пациент чувствует себя комфортно</p>	Обеспечивается комфорт пациента

2. Протереть тумбочку, стул и другие поверхности	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Вымыть руки с мылом и высушить их	Обеспечивается инфекционная безопасность

### 2.1.5. Смена постельного белья. I способ: пациент лежит в кровати (выполняется вдвоем)

#### Оснащение:

Наволочка, простынь, пододеяльник, водонепроницаемый мешок для грязного белья, перчатки.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Подготовить комплект чистого белья	Обеспечивается гигиенический комфорт и инфекционная безопасность
2. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры и получить его согласие.	Соблюдаются права пациента Поощрение пациента к сотрудничеству.
3. Оценить возможности пациента, помочь ему в перемещении в связи со сменой белья	Участие в процедуре обеспечивает поддержание чувства личного достоинства
4. Вымыть руки. Надеть перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Медицинский работник и помощник становятся с обеих сторон кровати пациента, опускают изголовье кровати	Обеспечивается безопасность пациента и правильное положение тела
2. Медицинский работник осторожно подводит руки под плечи и голову пациента и слегка приподнимает его, помощник вытаскивает из-под головы подушку (см. Протокол поддержания пациента 22., п. 2.1.6.)	Обеспечивается безопасная больничная среда
3. Аккуратно положить голову пациента на кровать (без подушки)	Обеспечивается безопасная больничная среда
4. Чистую простынь свернуть как бинт поперек: медицинский работник немного поднимает голову и плечи пациента, помощник - сворачивает грязную простынь со стороны головы до середины кровати, потом разравнивает чистую простынь на этой части кровати	Обеспечивается гигиенический комфорт Подготовка к эффективному проведению процедуры.
5. На чистую простыню положить подушку и опустить на нее голову и плечи пациента	Обеспечивается физический комфорт
6. Медицинский работник постепенно поднимает таз пациента, затем ноги, а помощник одновременно, тоже последовательно, стягивает грязную простынь к ногам пациента и расправляет чистую	Обеспечивается безопасная больничная среда и правильное положение тела
7. Положить грязную простынь в водонепроницаемый	Обеспечивается инфекционная

мешок для грязного белья	безопасность
8. Заправить концы простыни под матрац со всех сторон (см. п. 2.1.4.)	Обеспечивается комфорт
9. Снять с пациента одеяло, накрыв его чистой простыней	Исключается дискомфорт, связанный с тем, что пациент лежит обнаженный
10. Сделать складку для пальцев ног	Исключается давление на пальцы ног
11. Снять пододеяльник с одеяла и положить его в водонепроницаемый мешок для грязного белья. Надеть чистый пододеяльник на одеяло. Укрыть пациента	Обеспечиваются инфекционная безопасность и гигиенический комфорт
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Снять перчатки, провести дезинфекцию.	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность

### 2.1.6. Смена постельного белья. II способ: пациент лежит в кровати (выполняется вдвоем)

#### Оснащение:

Наволочка, простынь, пододеяльник, водонепроницаемый мешок, перчатки, маска, водонепроницаемый фартук

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Подготовить комплект чистого белья	Обеспечивается гигиенический комфорт и инфекционная безопасность
2. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры и получить его согласие на процедуру	Соблюдаются права пациента Пациент поощряется к сотрудничеству.
3. Оценить возможности пациента, помочь ему в перемещении для смены белья	Обеспечивается участие в процедуре. Поддерживается чувство собственного достоинства
4. Вымыть руки. Надеть маску, перчатки, водонепроницаемый фартук	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Медицинский работник и помощник становятся с двух сторон кровати пациента, опускают изголовье кровати	Обеспечивается безопасность пациента и правильное положение тела
2. Медицинский работник осторожно подводит руки под плечи и голову пациента и слегка приподнимает его, помощник вытаскивает из-под головы подушку (см. Протокол поддержания пациента.22., п. 2.1.6.)	Обеспечивается безопасная больничная среда и правильное положение тела
3. Аккуратно положить голову пациента на кровать (без	Обеспечивается безопасная

подушки). Снять наволочку с подушки и положить ее в водонепроницаемый мешок; надеть чистую наволочку на подушку пациента (см. п. 2.1.4.)	больничная среда. Обеспечивается инфекционная безопасность и гигиенический комфорт
4. Медицинский работник поворачивает пациента на бок лицом к краю кровати (см. Протокол по перемещению пациента 20, п. 2.1.7., 2.1.8.) и придерживает его в этом положении	Обеспечивается возможность изменения простыни. Исключается риск падения
5. На освобожденной части кровати за спиной пациента помощник сворачивает грязную простыню в виде валика к спине пациента и раскатывает чистую простыню, также наполовину свернутую валиком, по направлению к спине пациента	Обеспечивается гигиенический комфорт
6. Помощник возвращает пациента на спину, а затем переворачивает на другую сторону (см. Протокол по перемещению пациента 20, п. 2.1.7., п. 2.1.8.), выкладывая его на чистую простынь	Обеспечивается гигиенический комфорт. Исключается риск падения
7. Медицинский работник сворачивает грязную простыню и кладет её в водонепроницаемый мешок, чистую расправляет, концы простыни заправляет под матрац со всех сторон (см. п. 2.1.4.)	Обеспечивается инфекционная безопасность и гигиенический комфорт
8. Сменить наволочку на подушке (см. п. 2.1.4.)	Обеспечивается гигиенический комфорт
9. Поднять голову и плечи пациента (см. Протокол поддержания пациента 22, п. 2.1.6.), положить под голову подушку (подушки) и поднять изголовье кровати	Обеспечивается комфорт в постели (или функциональное положение)
10. Накрыть пациента чистой простыней	Исключается переохлаждение пациента
11. Снять пододеяльник с одеяла и положить его в водонепроницаемый мешок. Надеть чистый пододеяльник. Накрыть пациента поверх простыни, затем извлечь простыню	Обеспечивается инфекционная безопасность и гигиенический комфорт
12. Подогнуть одеяло под матрац с трех сторон	Обеспечивается комфорт
13. Сделать тонкий валик для пальцев ног	Исключается давление на пальцы ног
14. Помочь пациенту обрести удобное положение в постели	Обеспечивается комфорт
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Снять перчатки, провести дезинфекцию.	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность

### 2.1.7. Помощь пациенту во время переодевания (пациент может сидеть)

**Оснащение:**

Чистое белье (одежда), водонепроницаемый мешок, простынь, перчатки.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b> 1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры.	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
2. Помочь пациенту сесть на край кровати (см. Протокол по перемещению пациента 20, п. 2.1.9.)	Создаются удобные условия для проведения процедуры
<b>II. Выполнение процедуры</b> 1. Помочь пациенту снять рубашку (платье): а) если одна рука повреждена или парализована, сначала снять рукав со здоровой руки; если стоит капельница - с противоположной ей руки, а потом уже с руки, в которую проводят вливание; б) если у пациента стоит капельница: 1) собрать в складку рукав на руке, в которую проводят внутривенное вливание; 2) медленно снять этот рукав с руки пациента; 3) придерживая собранный в складку рукав, осторожно снять со штатива флакон с лекарственным препаратом и осторожно просунуть флакон, трубку системы и свою руку через собранный в складку рукав; 4) зафиксировать флакон на штативе. Примечание: особенно осторожно проводить рукав над областью венопункции	Обеспечивается возможность быстрой смены рубашки, не прекращая внутривенного вливания
2. Накрыть пациента простыней	Исключается дискомфорт, связанный с обнажением
3. Помочь пациенту снять его нижнюю рубашку (женщине бюстгальтер или комбинацию)	Уменьшается физическая нагрузка на пациента
4. Помочь пациенту надеть пижаму (женщине - ночную рубашку). Если у пациента одна рука повреждена или парализована, сначала надеть рукав на поврежденную руку. Если пациенту проводят внутривенное вливание: а) собрать в складку рукав его пижамной куртки, которая будет надеваться на руку, в которую осуществляют вливание; б) осторожно снять флакон со штатива; в) медленно просунуть флакон, трубки системы и руку пациента через этот рукав; г) накинуть пижамную куртку (ночную рубашку) на плечо пациента, а потом надеть свободную руку	Уменьшается физическая нагрузка на пациента
5. Помочь пациенту снять ботинки и носки	Уменьшается физическая нагрузка на пациента
6. Помочь пациенту лечь в постель (на кушетку) и укрыть его простыней	Обеспечивается комфорт

<p>7. Помочь пациенту снять брюки (в том числе и нижнее белье): попросить пациента немного приподнять таз так, чтобы можно было просунуть под него руки, и помочь ему снять брюки.</p> <p>Примечание: если пациент не может приподнять таз, лежа на спине, тогда необходимо:</p> <p>а) расстегнуть ремень и молнию (пуговицы) на брюках;</p> <p>б) повернуть пациента на бок и спустить брюки со свободной стороны;</p> <p>в) повернуть пациента на другой бок и спустить брюки с другой стороны;</p> <p>г) повернуть пациента на спину</p>	<p>Обеспечивается правильное положение тела пациента, уменьшается нагрузка на пациента и медицинского работника</p>
<p>8. Помочь пациенту надеть его пижамные брюки.</p> <p>Примечание: если пациент не может приподнять таз, чтобы надеть нижнее белье, тогда необходимо:</p> <p>а) повернуть пациента на бок и надеть одну штанину;</p> <p>б) повернуть пациента на другой бок и надеть вторую штанину;</p> <p>в) помочь пациенту удобно лечь на спину и подтянуть пижамные брюки</p>	<p>Уменьшается физическая нагрузка на медицинского работника и пациента</p>
<p><b>II. Окончание процедуры</b></p>	
<p>1. Расправить постельное белье, укрыть пациента одеялом</p>	<p>Обеспечивается постельный комфорт</p>
<p>2. Вымыть руки с мылом и высушить их</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>

### 2.1.8. Подмывание пациентки (с помощью корнцанга с салфеткой)

#### Оснащение:

Сосуд с теплой (35-37°C) водой, почкообразный лоток - 3 штуки, клеенка, пеленка, судно, марлевые салфетки, кружка, корнцанг, медицинские перчатки - 2 пары, водонепроницаемый фартук, маска, водонепроницаемый мешок, ширма.

Этапы	Обоснование
<p><b>I. Подготовка к процедуре</b></p>	
<p>1. Объяснить ход процедуры и получить согласие пациентки на ее проведение</p>	<p>Поощрения пациентки к сотрудничеству</p>
<p>2. Подготовить необходимое оснащение</p>	<p>Обеспечивается проведение процедуры</p>
<p>3. Отгородить пациентку ширмой</p>	<p>Обеспечивается интимность процедуры</p>
<p>4. Налить в кружку теплой воды (35-37°C)</p>	<p>Подготовка к проведению процедуры</p>
<p>5. Надеть маску, перчатки, водонепроницаемый фартук</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>

<p><b>II. Выполнение процедуры</b></p> <p>1. Опустить изголовье кровати, повернуть пациентку на бок (см. Протокол по перемещению пациента 20, п. 2.1.7., 2.1.8.). Подстелить клеенку и пеленку под пациентку, повернуть пациентку на спину</p>	<p>Предотвращение попадания воды на постельное белье</p>
<p>2. Подать пациентке судно и помочь занять удобное положение для проведения процедуры (положение Фаулера, ноги слегка согнуты в коленях и разведены)</p>	<p>Обеспечивается проведение процедуры: уменьшается физическая нагрузка на позвоночник и мышцы спины пациента</p>
<p>3. Стать справа от пациентки (если медицинский работник правша)</p>	<p>Обеспечивается удобство выполнения процедуры</p>
<p>4. Держать кружку в левой руке, а корнцанг с салфеткой в правой. Лить воду на гениталии женщины, а салфеткой выполнять движения сверху вниз (каждый раз менять салфетки) от паховых складок к гениталиям, затем к заднему проходу, обмывая:</p> <p>а) паховую область справа и слева;</p> <p>б) правую и левую большие половые губы;</p> <p>в) участок заднего прохода</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность и гигиенический комфорт</p>
<p>5. Сухими салфетками высушить гениталии пациентки в той же последовательности:</p> <p>а) паховую область справа и слева;</p> <p>б) правую и левую большие половые губы;</p> <p>в) участок заднего прохода.</p> <p>Примечание: салфетки менять, как и во время подмывания</p>	<p>Обеспечивается гигиенический комфорт</p>
<p><b>III. Окончание процедуры</b></p>	
<p>1. Убрать судно. Клеенку и пеленку положить в водонепроницаемый мешок. Пациентку вернуть в прежнее положение</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность. Обеспечивается правильное положение тела</p>
<p>2. Помочь пациентке занять удобное положение</p>	<p>Обеспечивается безопасная больничная среда</p>
<p>3. Снять водонепроницаемый фартук и положить их в водонепроницаемый мешок. Снять перчатки, маску, провести дезинфекцию</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>
<p>4. Укрыть пациентку</p>	<p>Обеспечивается комфортное состояние пациентки</p>
<p>5. Забрать ширму, использованное оснащение</p>	<p>Уборка рабочего места</p>
<p>6. Вымыть руки с мылом и высушить их</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>

### 2.1.9. Подмывание пациентки (с помощью махровой варежки)

**Оснащение:**

Сосуд с теплой (35-37°C) водой, махровые варежки - 2 штуки, почкообразный лоток - 3 штуки, клеенка, судно, марлевые салфетки, кружка, корнцанг, медицинские перчатки- 2 пары, водонепроницаемый фартук, маска, водонепроницаемый мешок, ширма, пеленка.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b> 1. Объяснить ход процедуры и получить согласие пациентки на проведение	Поощрение пациентки к сотрудничеству
2. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечивается проведение процедуры
3. Отгородить пациентку ширмой	Обеспечивается интимность процедуры
4. Налить в кружку теплой воды (35-37°C)	Подготовка к проведению процедуры
5. Надеть маску, водонепроницаемый фартук, перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b> 1. Опустить изголовье кровати, повернуть пациентку на бок (см. Протокол по перемещению пациента 20, п. 2.1.9. и Протокол по повороту пациента 23, п. 2.1.3.). Подстелить клеенку и пеленку под пациентку, повернуть пациентку на спину	Предотвращение попадания воды на постельное белье пациентки
2. Подать пациентке судно и помочь приобрести удобное положение для проведения процедуры (положение Фаулера, ноги слегка согнуты в коленях и разведены)	Обеспечивается проведение процедуры: уменьшается физическая нагрузка на позвоночник и мышцы спины
3. Стать справа от пациентки (если медицинский работник правша)	Обеспечивается удобство выполнения процедуры
4. Надеть махровую варежку поверх резиновой	Обеспечивается инфекционная безопасность
5. Смочить махровую варежку в воде и слегка отжать. Подмыть пациентку в той же последовательности, что и в процедуре п. 2.1.8.	Обеспечивается инфекционная безопасность. Обеспечивается гигиена пациентки
6. Снять использованную варежку и положить ее в лоток для использованного материала (с последующей дезинфекцией)	Обеспечивается инфекционная безопасность
7. Надеть на правую руку сухую варежку и высушить половые органы пациентки в той же последовательности (см. п. 2.1.8.)	Обеспечивается гигиенический комфорт
8. Снять махровую варежку. Принять судно, клеенку и пеленку положить в водонепроницаемый мешок. Пациентку вернуть в прежнее положение	Обеспечивается правильное положение тела
9. Помочь пациентке занять удобное положение	Обеспечивается безопасная больничная среда

<b>Ш. Окончание процедуры</b>	
1. Снять водонепроницаемый фартук, резиновые перчатки, маску и провести их дезинфекцию.	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Укрыть пациентку	Обеспечивается комфортное состояние пациентки
3. Забрать ширму, использованное оснащение	Уборка рабочего места
4. Вымыть руки с мылом и высушить их	Обеспечивается инфекционная безопасность

### 2.1.10. Подмывание пациента (с помощью корнцанга с салфеткой)

#### Оснащение:

Сосуд с теплой водой (35-37°C), корнцанг, ватные тампоны или марлевые салфетки, облепиховое масло, чистая салфетка или пеленка, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, маска, судно, клеенка, водонепроницаемый мешок, мешок для грязного белья, ширма.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить ход процедуры и получить согласие пациента на ее проведение	Устанавливается контакт с пациентом. Соблюдаются права пациента
2. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечивается быстрое проведения процедуры
3. Отгородить кровать пациента ширмой	Обеспечивается интимность процедуры
4. Вымыть руки, надеть маску, водонепроницаемый фартук, перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность
5. Опустить изголовье кровати до горизонтального уровня (или до максимально низкого уровня, если пациент не может лежать горизонтально). Опустить боковые поручни кровати	Обеспечивается удобное положение тела пациента во время подмывания
6. Переместить пациента на край кровати, с которого стоит медицинский работник (см. Протокол по перемещению пациента 20, п. 2.1.7.)	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника во время подмывания
7. Снять одеяло с пациента, свернуть его и положить на спинку кровати, укрыть пациента простыней	Уменьшается риск переохлаждения пациента во время подмывания
8. Предложить пациенту приподнять таз, постелить под него пеленку и клеенку, подать судно Примечание: если пациент очень ослаблен, то подвести одну руку под крестец и помочь ему поднять таз	Обеспечивается проведение процедуры
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
а) прикрыть область промежности; б) укрыть пациента простыней так, чтобы один его край был на груди, другой – над промежностью; еще два –	Исключается опасность переохлаждения пациента и обнажение его во время

<p>прикрывали туловище и конечности;</p> <p>в) помочь пациенту согнуть ноги в коленях и развести их;</p> <p>г) обернуть каждый нижний угол простыни вокруг стопы и заправить под стопу;</p> <p>д) надеть медицинские перчатки;</p> <p>е) встать справа от пациента;</p> <p>ё) в правую руку взять корнцанг с ватным или марлевым тампоном;</p> <p>ж) левой рукой взять половой член, оттянуть крайнюю плоть (если мужчине не было сделано обрезание), дважды промыть головку полового члена ватными или марлевыми тампонами, смоченными фурацилином, делая вращательные движения в направлении от зева мочеиспускательного канала;</p> <p>з) насухо промокнуть головку полового члена сухой марлевой салфеткой в той же последовательности, в которой производилось мытье, вернуть крайнюю плоть в ее естественное положение;</p> <p>и) вымыть и насухо вытереть все остальные участки полового члена по направлению к лобку;</p> <p>к) тщательно вымыть и просушить кожу мошонки;</p> <p>л) вымыть и насухо вытереть область заднего прохода;</p> <p>м) при наличии опрелостей в паховых складках смазать их облепиховым маслом</p> <p>Примечание: тампоны каждый раз менять</p>	<p>процедуры.</p> <p>В таком положении улучшается обзор промежности во время подмывания.</p> <p>Простыня не соскальзывает с тела.</p> <p>Такая последовательность уменьшает опасность инфицирования мочевых путей.</p> <p>Изменение участка перчатки при каждом движении уменьшает опасность распространения инфекции. Влага в области складок заднего прохода может привести к образованию опрелостей</p>
<p><b>III. Окончание процедуры</b></p>	
<p>1. Убрать судно. Клеенку и пеленку положить в водонепроницаемый мешок</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>
<p>2. Заменить нижнюю простыню (при необходимости)</p>	<p>Обеспечивается комфорт в постели</p>
<p>3. Помочь пациенту занять удобное положение в постели, укрыть одеялом. Поднять боковые перила</p>	<p>Поддерживается безопасная больничная среда</p>
<p>4. Погрузить использованные корнцанг, судно в дезинфицирующий раствор</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>
<p>5. Погрузить использованные тампоны, салфетки в дезинфицирующий раствор</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>
<p>6. Снять водонепроницаемый фартук, перчатки, маску и провести дезинфекцию</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>
<p>7. Вымыть руки с мылом и высушить их</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>

### 2.1.11. Подмывание пациента (с помощью махровой варежки)

**Оснащение:**

Сосуд с теплой (35-37°C) водой, корнцанг, ватные тампоны или марлевые салфетки, облепиховое масло, чистая салфетка или пеленка, махровые варежки – 2 штуки, медицинские перчатки – 2 пары, маска, водонепроницаемый фартук, судно, клеенка, водонепроницаемый мешок, ширма.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b> 1. Объяснить ход процедуры и получить согласие пациента на ее проведение	Устанавливается контакт с пациентом Соблюдаются права пациента
2. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечивается проведение процедуры
3. Отгородить кровать пациента ширмой	Обеспечивается интимность процедуры
4. Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, водонепроницаемый фартук, перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность
5. Опустить изголовье кровати до горизонтального уровня (или до максимально низкого уровня, если пациент не может лежать горизонтально). Опустить боковые поручни кровати	Обеспечивается удобное положение тела пациента во время подмывания
6. Переместить пациента на край кровати, где стоит медицинский работник (см. Протокол по перемещению пациента 20, п. 2.1.7.)	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника во время подмывания
7. Снять одеяло с пациента, свернуть его и положить на спинку кровати, укрыть пациента простыней	Уменьшается риск переохлаждения пациента во время подмывания
8. Предложить пациенту приподнять таз, постелить под ягодицы пеленку, клеенку и подать судно Примечание: если пациент очень ослаблен, то подвести одну руку под крестец и помочь ему поднять таз	Обеспечивается проведение процедуры
9. Налить теплую воду и убедиться, что она комфортной температуры	Уменьшается риск переохлаждения пациента во время мытья
10. Если пациент в состоянии самостоятельно осуществить мытье промежности, предложить ему чистую махровую варежку, мыло, воду. Оставить его одного для проведения процедуры. Если пациент не в состоянии самостоятельно вымыть промежность, сделать это за него	Обеспечивается интимность процедуры
<b>II. Выполнение процедуры</b> 1. Прикрыть область промежности; а) укрыть пациента простыней так, чтобы один его край был на груди, другой – над промежностью; еще два – прикрывали туловище и конечности; б) помочь пациенту согнуть ноги в коленях и развести их;	Исключается обнажение пациента во время процедуры и опасность его переохлаждения. В таком положении улучшается обзор промежности во время

<p>в) обернуть каждый нижний угол простыни вокруг стопы и заправить под стопу;</p> <p>г) надеть махровую рукавичку, намылить ее;</p> <p>д) взять одной рукой половой член, оттянуть крайнюю плоть (если мужчине не было сделано обрезание), вымыть головку полового члена намыленной перчаткой, делая вращательные движения в направлении от зева мочеиспускательного канала;</p> <p>е) смыть мыло с варежки, прополоскать ее, ополоснуть и насухо промокнуть головку полового члена в той же последовательности, в которой производилось мытье, вернуть крайнюю плоть в ее естественное положение;</p> <p>ё) вымыть, ополоснуть и насухо вытереть все остальные участки полового члена по направлению к лобку;</p> <p>ж) тщательно вымыть, ополоснуть и просушить кожу мошонки;</p> <p>з) вымыть, ополоснуть и насухо вытереть область заднего прохода;</p> <p>и) при наличии опрелостей в паховых складках смазать их с помощью корнцанга и марлевых салфеток облепиховым маслом</p>	<p>мытья. Простыня не соскальзывает с тела.</p> <p>Такая последовательность уменьшает опасность инфицирования мочевых путей.</p> <p>Изменение части варежки при каждом движении уменьшает опасность распространения инфекции.</p> <p>Влага в области складок заднего прохода может привести к образованию опрелостей</p>
<p><b>III. Окончание процедуры</b></p>	
<p>1. Убрать судно. Клеенку и пеленку положить в водонепроницаемый мешок</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>
<p>2. Заменить нижнюю простыню (при необходимости)</p>	<p>Обеспечивается комфорт в постели</p>
<p>3. Помочь пациенту занять удобное положение в постели, укрыть одеялом. Поднять боковые поручни кровати</p>	<p>Поддерживается безопасная больничная среда</p>
<p>4. Вылить воду, ополоснуть посуду (если она не индивидуальная, продезинфицировать)</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>
<p>5. Снять водонепроницаемый фартук, перчатки, маску и положить их в дезраствор</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>
<p>6. Вымыть руки с мылом и высушить их</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>

## 2.1.12. Уход за полостью рта

### Оснащение:

Почкообразные лотки, ватные или марлевые тампоны, марлевые салфетки, резиновый баллон/шприц Жане, антисептический раствор, облепиховое масло, шпатель, языкодержатель, роторасширитель, корнцанг, пеленка, клеенка, медицинские перчатки, маска, водонепроницаемый мешок.

Этапы	Обоснование
<p><b>I. Подготовка к процедуре</b></p> <p>1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры.</p>	<p>Обеспечивается психологическая</p>

	подготовка пациента к процедуре
2. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечивается быстрое и эффективное проведение процедуры
3. Вымыть руки, надеть маску, медицинские перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность
<p><b>II. Выполнение процедуры</b></p> <p>1. Уход за полостью рта тяжелобольного пациента, который может выполнить процедуру с помощью медицинского работника:</p> <p>а) помочь пациенту занять положение полусидя;</p> <p>б) помочь пациенту вымыть руки;</p> <p>в) грудь пациента накрыть клеенкой;</p> <p>г) подать ему лоток с ватными или марлевыми тампонами и одним из растворов для обработки ротовой полости;</p> <p>д) держать нестерильный лоток (для сбора использованных тампонов и раствора) у подбородка пациента;</p> <p>е) предложить пациенту самому протирать себе зубы, десны, язык увлажненными тампонами и прополоскать ротовую полость;</p> <p>ж) по назначению врача обработать слизистую оболочку полости рта облепиховым маслом;</p> <p>з) помочь пациенту удобно лечь в постели.</p>	Обеспечивается последовательное выполнение процедуры
<p>2. Уход за полостью рта тяжелобольного пациента, который находится в бессознательном состоянии:</p> <p>а) опустить подголовник кровати, убрать подушку;</p> <p>б) придать пациенту горизонтального положения;</p> <p>в) подстелить клеенку и пеленку под голову пациента;</p> <p>г) голову пациента повернуть налево;</p> <p>д) подставить лоток под угол рта;</p> <p>е) отвести шпателем щеку пациента;</p> <p>ж) взять корнцангом увлажненный антисептическим раствором ватный или марлевый тампон и обработать щеки, зубы и десна с внутренней стороны сверху вниз;</p> <p>з) при необходимости ввести роторасширитель и вытянуть язык с помощью увлажненной марлевой салфетки или держателя языка;</p> <p>и) протереть зубы, десна с внутренней стороны и язык тампоном, смоченным антисептическим раствором;</p> <p>к) провести орошение ротовой полости антисептическим раствором с помощью резинового баллона или шприца Жане;</p> <p>л) просушить десна и губы сухим тампоном;</p> <p>м) по назначению врача обработать слизистую оболочку</p>	Предупреждается аспирация промывными водами Обеспечивается комфортное положение в постели

облепиховым маслом; н) собрать использованное оснащение; о) придать пациенту удобное положение в постели Примечание: тампоны каждый раз менять	
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Погрузить использованные тампоны, салфетки в дезинфицирующий раствор	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Погрузить использованы корнцанг, шпатель, держатель языка, роторасширитель, резиновый баллон или шприц Жане, лотки в дезинфицирующий раствор	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Спросить пациента (в сознательном состоянии) о его самочувствии	Определение реакции пациента на процедуру
4. Снять маску, перчатки, вымыть руки с мылом и высушить их	Обеспечивается инфекционная безопасность

### 2.1.13. Уход за глазами

#### Оснащение:

Стерильные: пипетки, 2 почкообразных лотка, ватные тампоны, салфетки, ундинки.

Антисептический раствор, медицинские перчатки, маска.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
2. Предоставить пациенту информацию об антисептическом препарате и его побочных действиях	Соблюдается право пациента на информацию
3. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечивается проведение процедуры
4. Проверить срок годности антисептического раствора Примечание: перед применением раствор нужно подогреть до температуры тела	Обеспечивается инфекционная безопасность
5. Вымыть руки, надеть маску, медицинские перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность
6. Попросить пациента занять удобное положение, слегка отклонить голову назад	Обеспечивается правильное положение головы для попадания лекарственного вещества на слизистую оболочку глаза
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. А. Протираание ресниц и век: а) смочите марлевые стерильные салфетки антисептическим раствором; б) наложите на глаза (поочередно) на 1-2 минуты; в) снимите использованные салфетки и положите в лоток для использованного материала;	Размягчения выделений, которые склеивают ресницы и веки. Обеспечивается инфекционная безопасность

<p>г) протрите кожу стерильной, увлажненной антисептическим раствором, салфеткой в направлении от наружного к внутреннему углу глаза; Примечание: для каждого глаза использовать отдельные стерильные салфетки</p>	
<p>2. Б. Промывание глаз с помощью ундинок: а) налейте в стерильную ундинку антисептический раствор; б) предложите пациенту взять ундинку за ножку и наклониться над ней так, чтобы веки крепко прижались к ундинке; в) предложите пациенту поднять голову, придерживая ундинку руками (жидкость при этом не должна вытекать из нее); г) предложите пациенту в течение 1 минуты открывать и закрывать глаз (жидкость попадает в глаза и промывает его); д) попросите пациента наклониться и отставить ундинку Примечание: а) при необходимости процедуру можно повторить, заменив раствор; б) для промывания другого глаза берут другую ундинку</p>	<p>Способствует удалению слизи, гноя; обеспечивает терапевтическое действие Обеспечивается инфекционная безопасность</p>
<p>3. Просушить веки стерильной салфеткой</p>	<p>Обеспечивается последовательность выполнения процедуры</p>
<p><b>III. Окончание процедуры</b></p>	
<p>1. Погрузить салфетки в дезинфицирующий раствор</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>
<p>2. Погрузить ундинок в дезинфицирующий раствор</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>
<p>3. Спросить пациента о его самочувствии</p>	<p>Определение реакции пациента на процедуру</p>
<p>4. Снять маску, перчатки Провести гигиеническую обработку рук</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>

### 2.1.14. Уход за ушами

#### Оснащение:

Почкообразные лотки, ватные тампоны, марлевые турунды, марлевые салфетки, клеенка, 3% раствор перекиси водорода, резиновый баллон или шприц, медицинские перчатки, маска.

Этапы	Обоснование
<p><b>I. Подготовка к процедуре</b> 1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры</p>	<p>Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре</p>

2. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечивается проведение процедуры
3. Вымыть руки, надеть маску, резиновые перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Попросить пациента занять удобное положение, голову наклонить в сторону здорового уха	Обеспечивается правильное положение головы при выполнении процедуры
<b>II. Выполнение процедуры</b>	Предупреждается загрязнение нательного белья
1. Плечо пациента застелить клеенкой, а к уху приставить почкообразный лоток	
2. Оттянуть ушную раковину немного назад и вверх	Обеспечивается выпрямления наружного слухового канала
3. Набрать в шприц или резиновый баллон несколько миллилитров теплого 3% раствора перекиси водорода	Холодный раствор может вызывать у пациента головокружение, рвоту
4. Наклонить голову в сторону больного уха, чтобы из него вытекли остатки раствора	Обеспечивается удаление излишков раствора
5. Оставить раствор в слуховом проходе на 1-2 минуты	Обеспечивается размягчения серы, засохшей крови, гноя
6. Просушить ушную раковину ватным тампоном или салфеткой	Обеспечивается соблюдение гигиены
7. Выровнять слуховой канал и ввести марлевую турунду	Обеспечивается профилактика травмы барабанной перепонки
8. Прочистить наружный слуховой проход вращательными движениями, меняя турунды Примечание: при невозможности удалить серу, обратиться за консультацией к врачу	Обеспечивается удаление серы и др.
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Погрузить резиновый баллон или шприц, лотки в дезинфицирующий раствор	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Погрузить салфетки, ватные тампоны, турунды в дезинфицирующий раствор	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Спросить пациента о его самочувствии	Определение реакции пациента на процедуру
4. Снять маску, перчатки, вымыть руки и высушить их	Обеспечивается инфекционная безопасность

### **3. Симптомы и ситуации, при возникновении которых необходимо немедленно сообщить врачу:**

- 3.1. Резкое ухудшение состояния пациента.
- 3.2. Отказ пациента от проведения процедуры.

### **4. Ресурсное обеспечение выполнения протокола**

**Оснащение:**

- 4.1. Водяной термометр, водонепроницаемый фартук, махровая варежка, кружка, расческа, шампунь, полотенце, пеленка, водонепроницаемый мешок, ручка, температурный лист/ другая медицинская документация.
- 4.2. Сиденье для ванны, водонепроницаемый( клеёнчатый) фартук, махровая варежка, кружка, расческа, шампунь, мыло, полотенце, пеленка, водонепроницаемый мешок, ручка, температурный лист/ другая медицинская документация.
- 4.3. Сосуд с теплой водой, кружка для ополаскивания волос, полотенце – 3 штуки, махровая варежка – 2 штуки, простынь, медицинские перчатки, мыло, подкладное судно, клеенка, чистое белье, шампунь, расческа, мешок для мусора, мешок для грязного белья, ручка, температурный лист/ другая медицинская документация.
- 4.4. Комплект чистого белья (наволочка, пододеяльник, простынь), перчатки, маска, водонепроницаемый мешок для грязного белья.
- 4.5. Наволочка, простынь, пододеяльник, водонепроницаемый мешок для грязного белья, перчатки.
- 4.6. Наволочка, простынь, пододеяльник, водонепроницаемый мешок, перчатки, маска, водонепроницаемый фартук
- 4.7. Чистое белье (одежда), водонепроницаемый мешок, простынь, перчатки.
- 4.8. Сосуд с теплой (35-37°C) водой, почкообразный лоток - 3 штуки, клеенка, пеленка, судно, марлевые салфетки, кружка, корнцанг, медицинские перчатки- 2 пары, водонепроницаемый фартук, маска, водонепроницаемый мешок, ширма.
- 4.9. Сосуд с теплой (35-37°C) водой, махровые варежки - 2 штуки, почкообразный лоток - 3 штуки, клеенка, судно, марлевые салфетки, кружка, корнцанг, медицинские перчатки- 2 пары, водонепроницаемый фартук, маска, водонепроницаемый мешок, ширма, пеленка.
- 4.10. Сосуд с теплой водой (35-37°C) корнцанг, ватные тампоны или марлевые салфетки, облепиховое масло, чистая салфетка или пеленка, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, маска, судно, клеенка, водонепроницаемый мешок, мешок для грязного белья, ширма.
- 4.11. Сосуд с теплой (35-37°C) водой, корнцанг, ватные тампоны или марлевые салфетки, облепиховое масло, чистая салфетка или пеленка, махровые варежки – 2 штуки, медицинские перчатки– 2 пары, маска, водонепроницаемый фартук, судно, клеенка, водонепроницаемый мешок, ширма.
- 4.12. Почкообразные лотки, ватные или марлевые тампоны, марлевые салфетки, резиновый баллон/шприц Жане, антисептический раствор, облепиховое масло, шпатель, языкодержатель, роторасширитель, корнцанг, пеленка, клеенка, медицинские перчатки, маска, водонепроницаемый мешок.

4.13. Стерильные: пипетки, 2 почкообразных лотка, ватные тампоны, салфетки, ундины.

Антисептический раствор, медицинские перчатки, маска.

4.14. Почкообразные лотки, ватные тампоны, марлевые турунды, марлевые салфетки, клеенка, 3% раствор перекиси водорода, резиновый баллон или шприц, медицинские перчатки, маска.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 422 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 Лечебное дело».
2. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 595 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.02 Акушерское дело».
3. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 593 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело».
4. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 23.09.2015 № 561 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 19.01.02 Лаборант-аналитик».
5. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 423 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.03 Лабораторная диагностика».
6. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 24.08.2015 № 421 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 32.02.01 Медико-профилактическое дело».
7. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 04.06.2015 № 01.1/57 «Об утверждении номенклатуры должностей и специальностей медицинских и фармацевтических работников».
8. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.06.2015 № 282 «Об утверждении перечня профессий рабочих,

должностей служащих, по которым осуществляется профессиональное обучение».

9. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08.12.2015 № 012.1\628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики».
10. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 20.08.2015 № 012.1\286 «Об утверждении порядка дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него».
11. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.08.15 № 012.1/285 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в отдельных учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
12. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 21.12.15 № 012.1/670 «Об утверждении основных документов по вопросам контроля качества оказания медицинской помощи».
13. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.11.15 № 012.1/599 «Об утверждении форм первичной учетной документации, которые используются в лабораториях и других учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
14. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 12.03.15 № 312 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
15. Приказ МЗ Украины от 21.09.10 г. №798 «Об утверждении методических рекомендаций» «Хирургическая и гигиеническая обработка рук медицинского персонала».
16. Губенко И.Я., Шевченко А.Т., Бразалий Л.П., Апшай В.Г. Медсестринский уход за пациентом: Стандарты медсестринских процедур, манипуляций и планов ухода и обучения: уч. пособие. – К.: Медицина, 2008.
17. Касевич Н.Н. Основы медсестринства в модулях: уч. пособие. – К.: Медицина, 2009.
18. Касевич Н.М. Общий уход за больными и медицинская манипуляционная техника: учебник. – К.: Медицина, 2008. – 424 с.

19. Ковальчук Л.М. Учебное пособие по хирургии в модулях - К.: «Медицина», 2009.
20. Основы сестринского дела: Алгоритмы манипуляций: учебное пособие Н.В. Широкова и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

И.о. министра



А.А. Оприщенко

ОДОБРЕНО  
Экспертным советом по  
стандартизации медицинской  
помощи в системе Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
08.09.2016 протокол № 3

УТВЕРЖДЕН  
Приказом Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
28.12.2016 № 1555

## ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ (ФЕЛЬДШЕРА, АКУШЕРКИ) ПО КОРМЛЕНИЮ ПАЦИЕНТА

### 1. Паспортная часть

**1.1. Проблема, связанная со здоровьем:** необходимость оценки функционального состояния пациента.

**1.2. Код по МКБ-10:** Не определяется.

**1.3. Цель протокола:** Информационное обеспечение оценки функционального состояния пациента медицинской сестрой (фельдшером, акушеркой).

**1.4. Дата составления протокола:** март 2016

**1.5. Дата пересмотра протокола:** март 2019

**1.6. Список и контактная информация лиц, которые участвовали в разработке протокола:**

Составители	Учреждения-разработчики
Шумеева Александра Аркадьевна (председатель рабочей группы), специалист I категории отдела оказания медицинской помощи взрослому населению	Отдел оказания медицинской помощи взрослому населению МЗ ДНР
Ежикова Татьяна Витальевна (заместитель председателя рабочей группы), заместитель главного врача по медсестринству	КУ «ГБ № 2 г. Горловка»
Белецкая Елена Викторовна, заведующий отделением специальности «Сестринское дело»	Горловский медицинский колледж Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
Андрюхова Людмила Владимировна, преподаватель высшей квалификационной категории, преподаватель-методист	
Левитан Ирина Анатольевна, заведующий учебно-	

производственной практикой, преподаватель высшей квалификационной категории	
Черепанова Лариса Владимировна, главная медсестра	ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 6 г. Макеевки
Доля Лиля Олеговна, заместитель главного врача по медсестринству	Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака МЗ ДНР
Патрикеева Вера Владиславовна, главная медсестра	Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение МЗ ДНР

**1.7. Актуальность проблемы:** необходимость унификации кормления пациента при его неспособности к самостоятельному приему пищи.

## **2. Общая часть.**

2.1. Для всех учреждений здравоохранения.

2.1.1. Кормление пациента через назогастральный зонд с помощью воронки.

2.1.2. Заполнение системы для кормления пациента через назогастральный зонд капельно.

2.1.3. Кормление пациента через назогастральный зонд капельно.

2.1.4. Кормление пациента через назогастральный зонд с помощью шприца Жане.

2.1.5. Кормление тяжелобольного с ложки.

2.1.6. Кормление пациента с помощью поилки.

2.1.7. Кормление пациента через гастростому.

### **2.1.1. Кормление пациента через назогастральный зонд с помощью воронки.**

#### **Оснащение:**

Стерильный назогастральный зонд, шприц Жане, зажим, лоток, полотенце, салфетки, чистые перчатки, фонендоскоп, лейка, питательная смесь (температура 37-38°C), вода кипяченая 100 мл, безопасная булавка.

<b>Этапы</b>	<b>Обоснование</b>
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	Соблюдаются права пациента
2. Рассказать пациенту, чем его будут кормить (после согласования с врачом).	
3. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Ввести назогастральный зонд (см. Протокол зондовых процедур 11, п. 2.1.2) .	Подготовка к кормлению
5. Проверить правильность положения зонда:	Процедура позволяет

<p>а) над лотком наложить зажим на дистальный конец зонда;</p> <p>б) набрать в шприц 30-40 мл воздуха;</p> <p>в) подсоединить шприц к дистальному концу зонда;</p> <p>г) снять зажим;</p> <p>д) надеть фонендоскоп;</p> <p>е) поместить головку фонендоскопа над областью желудка;</p> <p>ё) ввести через зонд воздух из шприца;</p> <p>ж) наложить зажим на дистальный конец зонда;</p> <p>з) отсоединить шприц.</p>	<p>подтвердить, что зонд в желудке. При введении воздуха в желудок слышать характерные звуки</p>
<p>6. Присоединить к зонду воронку.</p>	<p>Обеспечивается возможность проведения процедуры</p>
<p><b>II. Выполнение процедуры</b></p>	
<p>1. Налить питательную смесь в воронку, которая расположена наклонно на уровне желудка пациента.</p>	<p>Такое положение воронки позволяет не допустить быстрого поступления питательной смеси в желудок и способствует отхождению воздуха из зонда</p>
<p>2. Медленно поднять воронку выше уровня желудка пациента на 1 м, держа ее ровно.</p>	<p>Обеспечивается медленное поступление питательной смеси в желудок</p>
<p>3. Как только питательная смесь дойдет до устья воронки, опустить воронку до уровня желудка пациента.</p>	<p>Обеспечивается профилактика попадания воздуха в желудок</p>
<p>4. Повторить п. 6-8, используя всю приготовленную количество питательной смеси.</p>	<p>Удовлетворение потребности пациента в адекватном питании</p>
<p>5. Налить в лейку 50-100 мл кипяченой воды.</p>	<p>Смываются остатки питательной смеси в зонде и предупреждается размножение бактерий</p>
<p><b>III. Окончание процедуры</b></p>	
<p>1. Отсоединить воронку от зонда и закрыть заглушкой его дистальный конец. Прикрепить зонд к одежде пациента безопасной булавкой.</p>	<p>Не допускается вытекание желудочного содержимого между кормлениями</p>
<p>2. Помочь пациенту занять комфортное положение.</p>	<p>Обеспечивается правильное положение тела</p>
<p>3. Продезинфицировать использованное оснащение.</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>
<p>4. Снять перчатки. Провести гигиеническую обработку рук.</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>
<p>5. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в медицинскую документацию.</p>	<p>Обеспечивается документирование процедуры и последовательность ухода</p>

### 2.1.2. Заполнение системы для капельного кормления пациента через назогастральный зонд

#### Оснащение:

Система для капельного вливания, флакон с питательным раствором, штатив, зажим, спирт этиловый 70%, ватные шарики.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Приготовить необходимое оснащение.	Обеспечивается эффективное выполнение процедуры
3. Подогреть питательную смесь на водяной бане до 38-40°C.	Обеспечивается необходимая температура питательной смеси
4. Обработать пробку флакона с питательной смесью шариком, смоченным спиртом.	Обеспечивается инфекционная безопасность
5. Закрепить флакон на штативе.	Обеспечивается безопасная больничная среда
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Собрать систему (см. Протокол по выполнению инъекций 1.9 п. 2.1.9): а) ввести во флакон через пробку воздуховод и закрепить его на штативе так, чтобы свободный конец воздуховода был выше иглы; б) поставить винтовой зажим, который расположен ниже капельницы, в положение, перекрывающее движение жидкости; в) ввести во флакон через пробку иглу вместе с системой.	Обеспечивается фиксация воздуховода. Исключается преждевременное вытекание раствора
2. Заполнить систему: а) перевести резервуар капельницы в горизонтальное положение, открыть винтовой зажим; б) вытеснить воздух из системы: питательный раствор должен заполнить трубку ниже резервуара капельницы; в) закрыть винтовой зажим на системе	Обеспечивается заполнение системы питательным раствором и вытеснение воздуха из системы
3. Закрепить свободный конец системы на штативе	Обеспечивается возможность безопасной транспортировки штатива и флакона с системой к пациенту
4. Обернуть полотенцем флакон с питательной смесью.	Исключается быстрое охлаждение питательной смеси

### 2.1.3. Кормление пациента через назогастральный зонд капельно

#### Оснащение:

Стерильный назогастральный зонд, 2 зажима, лоток, медицинские перчатки, система для капельного вливания, штатив, фонендоскоп, флакон с питательным раствором (температура 38-40°C), кипяченая вода теплая 100 мл.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	
2. Рассказать пациенту, чем его будут кормить.	Соблюдаются права
	Возбуждается аппетит
3. Подготовить систему для капельного кормления (см. п. 2.1.2.).	Обеспечивается возможность проведения процедуры
4 Надеть маску. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки	Обеспечивается
	инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Ввести назогастральный зонд (см. Протокол по выполнению зондовых процедур 11 п. 2.1.2). Если зонд был введен ранее, проверить правильность положения зонда (см. п. 2.1.1.).	Процедура позволяет подтвердить, что зонд в желудке
2. Над лотком соединить зонд с системой для кормления и снять зажим.	Устраняются препятствия для введения питательной смеси
3. Отрегулировать скорость поступления питательной смеси с помощью винтового зажима.	Обеспечивается медленное поступление питательной смеси в желудок
4. Ввести приготовленное количество питательной смеси.	Удовлетворяются потребности пациента в адекватном питании и потреблении жидкости
5. Наложить зажим на дистальный конец зонда и на систему. Отсоединить систему.	Не допускается вытекание остатков питательной смеси
6. Подсоединить к зонду шприц Жане с теплой кипяченой водой. Снять зажим и промыть зонд под давлением.	Смываются остатки питательной смеси в зонде, и предупреждается рост бактерий
7. Отсоединить шприц и закрыть заглушкой дистальный конец зонда. Прикрепить зонд к одежде безопасной булавкой.	Не допускается вытекание содержимого желудка между кормлениями
<b>III. Окончание процедуры</b>	Обеспечивается комфорт пациента
1. Помочь пациенту занять удобное положение.	
2. Прозеинфицировать использованное оснащение.	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Снять маску, перчатки. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в медицинскую документацию.	Обеспечивается документирование процедуры и последовательность ухода

## 2.1.4. Кормление пациента через назогастральный зонд с помощью шприца Жане

### Оснащение:

Стерильный назогастральный зонд, шприц Жане емкостью 50 мл, зажим, лоток, медицинские перчатки, штатив, фонендоскоп, флакон с раствором (температура 38-40°C), кипяченая вода теплая, безопасная булавка.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
2. Рассказать пациенту, чем его будут кормить.	Соблюдаются права. Возбуждается аппетит
3. Надеть маску. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Ввести назогастральный зонд (см. Протокол по выполнению зондовых процедур 11, п. 2.1.2). Если зонд был введен ранее, проверить правильность положения зонда (см. п. 2.1.1.).	Процедура позволяет подтвердить, что зонд в желудке
2. Набрать в шприц Жане питательную смесь. Наложить зажим на дистальный конец зонда. Соединить шприц с зондом, подняв его на 50 см выше головы пациента так, чтобы рукоятка поршня была направлена вверх.	Обеспечивается эффективное введение питательной смеси
3. Снять зажим с дистального конца зонда и обеспечить постепенное поступление питательной смеси. В случае затруднения прохождения смеси используют поршень шприца, смещая его вниз.	Обеспечивается постепенное опорожнение шприца и медленное поступления питательной смеси в желудок
4. После опорожнения шприца пережать зонд зажимом.	Не допускается вытекания питательной смеси из зонда
5. Над лотком отсоединить шприц от зонда.	Предупреждается загрязнение белья питательным раствором
6. Повторить п. 1-4 до использования всего количества приготовленной питательной смеси.	Удовлетворяется потребность пациента в адекватном питании и потреблении жидкости
7. Набрать в шприц Жане кипяченой воды, подсоединить к зонду. Снять зажим и промыть зонд.	Смываются остатки питательной смеси в зонде, и предупреждается размножение бактерий
8. Отсоединить шприц и закрыть заглушкой дистальный конец зонда. Прикрепить зонд к одежде безопасной булавкой.	Не допускается вытекания содержимого желудка между кормлениями
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Помочь пациенту занять удобное положение.	Обеспечивается правильное

	положение тела
2. Продезинфицировать использованное оснащение.	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Снять маску, перчатки. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в медицинскую документацию.	Обеспечивается документирование процедуры, последовательность ухода

### 2.1.5. Кормление тяжелобольного с ложки

#### Оснащение:

Тумбочка или прикроватный столик, салфетка ( пеленка), ложка, пища и напитки.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
2. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдаются права пациента
3. Согласовать меню с лечащим врачом, диетологом или диетсестрой.	Обеспечивается возможность адекватного и диетического питания
4. Предупредить пациента за 15 мин о приеме пищи	Обеспечивается право на информацию
5. Проветрить помещение. Освободить место на тумбочке или придвинуть прикроватный столик.	Психологическая подготовка к приему пищи. Обеспечиваются условия для приема пищи
6. Помочь пациенту принять положение Фаулера (см. Протокол по изменению положения пациента 21, п. 2.1.1).	Уменьшается опасность асфиксии
7. Помочь пациенту вымыть руки и прикрыть его грудь салфеткой.	Обеспечивается инфекционная безопасность, поддержание гигиены
8. Помыть и высушить руки.	Обеспечивается инфекционная безопасность
9. Принести пищу и жидкость, предназначенные для пациента (температура горячих блюд должна быть 60°C).	Обеспечивается улучшение аппетита и вкусовых ощущений
10. Спросить пациента, в какой последовательности он желает принимать пищу.	Обеспечивается поддержка предпочтений пациента
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Проверить температуру горячей пищи, капнув несколько капель себе на тыльную поверхность кисти.	Обеспечивается безопасность пациента
2. Предложить выпить (лучше через трубочку) несколько глотков жидкости.	Уменьшается сухость во рту, облегчается жевание твердой пищи

<p>3. Кормить медленно:</p> <p>а) называть каждое блюдо, предлагаемое пациенту;</p> <p>б) наполнить ложку на 2/3 твердой (мягкой) пищей;</p> <p>в) коснуться ложкой нижней губы, чтобы пациент открыл рот;</p> <p>г) прикоснуться ложкой к языку, немного поднять ложку, чтобы еда самопроизвольно попала в ротовую полость, и извлечь пустую ложку;</p> <p>д) дать время пережевать и проглотить пищу;</p> <p>е) предлагать напитки после нескольких ложек твердой (мягкой) пищи</p>	<p>Обеспечивается осведомленность пациента, стимулируется безусловные рефлексы</p> <p>Облегчается глотание пищи</p> <p>Предупреждается возможность подавиться.</p>
<p>4. Вытирать (в случае необходимости) губы салфеткой.</p>	<p>Обеспечивается поддержание личной гигиены</p>
<p><b>III. Окончание процедуры</b></p>	
<p>1. Предложить пациенту прополоскать рот водой после еды. Забрать салфетку, которая прикрывала грудь.</p> <p>Примечание: если пациент не может прополоскать рот, уход за полостью рта осуществляет медицинская сестра (см. Протокол по предоставлению помощи в поддержании пациентом личной гигиены 3, п. 2.1.12.).</p>	<p>Предупреждается размножение бактерий. Исключается попадания остатков пищи в постель</p>
<p>2. Убрать после приема пищи ее остатки.</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>
<p>3. Продезинфицировать использованное оснащение.</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>
<p>4. Помыть и высушить руки.</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>

### 2.1.6. Кормление пациента с помощью поильника

#### Оснащение:

Поильник, жидкая пища, салфетка.

Этапы	Обоснование
<p><b>I. Подготовка к процедуре</b></p>	
<p>1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры</p>	<p>Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре</p>
<p>2. Получить согласие пациента на проведение процедуры</p>	<p>Соблюдаются права пациента</p>
<p><b>I. Подготовка к кормлению</b></p>	
<p>1. Освободить место на тумбочке или придвинуть прикроватный столик.</p>	<p>Обеспечиваются условия для кормления</p>
<p>2. Рассказать пациенту, какое блюдо приготовлено для него.</p>	<p>Обеспечивается право пациента на выбор. Возбуждается аппетит</p>
<p>3. Провести гигиеническую обработку рук .</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>
<p>4. Поставить на прикроватный столик приготовленную пищу.</p>	<p>Возбуждается аппетит</p>
<p><b>II. Кормление</b></p>	

1. Переместить пациента на бок или в положение Фаулера (см. Протокол по изменению положения пациента 21, п.2.1.1).	Обеспечивается безопасное потребление пищи
2. Прикрыть шею и грудь пациента салфеткой.	Исключается загрязнение одежды
3. Кормить пациента из поильника небольшими порциями (глотками). Примечание: в течение всей процедуры кормления пища должна быть теплой.	Исключается возможность захлебнуться. Обеспечивается улучшение аппетита и вкусовых ощущений
<b>III. Окончание кормления</b>	
1. Дать прополоскать рот водой после кормления.	Предупреждается размножение микроорганизмов
2. Убрать салфетку, прикрывающую грудь и шею пациента.	Исключается попадания остатков пищи в постель
3. Помочь пациенту принять удобное положение.	Обеспечивается необходимый комфорт
4. Убрать остатки пищи.	Обеспечивается инфекционная безопасность
5. Продезинфицировать использованное оснащение.	Обеспечивается инфекционная безопасность
6. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность

### 2.1.7. Кормление пациента через гастростому

#### Оснащение:

Воронка (шприц Жане), емкость с пищей, теплая кипяченая вода - 100 мл, медицинские перчатки, маска.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
2. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдаются права пациента
<b>I. Подготовка к кормлению</b>	
1. Освободить место на тумбочке или придвинуть прикроватный столик	Обеспечиваются условия для кормления
2. Рассказать пациенту, чем его будут кормить	Обеспечивается право пациента на выбор. Возбуждается аппетит
3. Поставить на прикроватный столик посуду с едой	Обеспечивается улучшение аппетита
4. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть медицинские перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Кормление</b>	
1. Отсоединить зонд от одежды. Снять зажим (заглушку) с зонда. Присоединить воронку (шприц Жане) к зонду	Обеспечивается последовательное выполнение

	процедуры
2. Наливать в воронку приготовленную пищу маленькими порциями, придерживаясь естественной скорости употребления пищи или набирать еду в шприц Жане и медленно вводить ее в зонд	Обеспечивается естественная скорость введения пищи
<b>III. Окончание кормления</b> 1. Промыть зонд теплой кипяченой водой	Смываются остатки питательной смеси в зонде, и предупреждается размножение бактерий
3. Отсоединить воронку (шприц Жане), закрыть зонд заглушкой (пережать зажимом). Присоединить зонд к одежде.	Исключается вытекание желудочного содержимого
4. Убедиться, что пациент чувствует себя комфортно	Обеспечивается комфорт
5. Забрать использованное оснащение и посуду, продезинфицировать	Обеспечивается инфекционная безопасность
6. Снять перчатки, поместить в дезраствор. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
7. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в медицинскую документацию	Обеспечивается документирование процедуры, последовательность ухода

### **3. Симптомы и ситуации, при возникновении которых необходимо немедленно сообщить врачу:**

- 3.1. Резкое ухудшение состояния пациента.
- 3.2. Отказ пациента от проведения процедуры.

### **4. Ресурсное обеспечение выполнения протокола**

#### **Оснащение:**

- 4.1. Стерильный назогастральный зонд, шприц Жане, зажим, лоток, полотенце, салфетки, чистые перчатки, фонендоскоп, лейка, питательная смесь (температура 37-38°C), вода кипяченая - 100 мл, безопасная булавка.
- 4.2. Система для капельного вливания, флакон с питательным раствором, штатив, зажим, спирт этиловый 70%, ватные шарики.
- 4.3. Стерильный назогастральный зонд, 2 зажима, лоток, медицинские перчатки, система для капельного вливания, штатив, фонендоскоп, флакон с питательным раствором (температура 38-40°C), теплая кипяченая вода - 100 мл.
- 4.4. Стерильный назогастральный зонд, шприц Жане емкостью 50 мл, зажим, лоток, медицинские перчатки, штатив, фонендоскоп, флакон с раствором (температура 38-40°C), кипяченая вода теплая, безопасная булавка.
- 4.5. Тумбочка или прикроватный столик, салфетка (пеленка), ложка, пища и напитки.

4.6. Поильник, жидкая пища, салфетка.

4.7. Воронка (шприц Жане), емкость с пищей, теплая кипяченая вода - 100 мл, медицинские перчатки, маска.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 422 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 Лечебное дело».
2. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 595 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.02 Акушерское дело».
3. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 593 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело».
4. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 23.09.2015 № 561 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 19.01.02 Лаборант-аналитик».
5. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 423 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.03 Лабораторная диагностика».
6. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 24.08.2015 № 421 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 32.02.01 Медико-профилактическое дело».
7. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 04.06.2015 № 01.1/57 «Об утверждении номенклатуры должностей и специальностей медицинских и фармацевтических работников».
8. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.06.2015 № 282 «Об утверждении перечня профессий рабочих, должностей служащих, по которым осуществляется профессиональное обучение».

9. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08.12.2015 № 012.1\628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики».
10. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 20.08.2015 № 012.1\286 «Об утверждении порядка дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него».
11. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.08.15 № 012.1/285 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в отдельных учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
12. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 21.12.15 № 012.1/670 «Об утверждении основных документов по вопросам контроля качества оказания медицинской помощи».
13. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.11.15 № 012.1/599 «Об утверждении форм первичной учетной документации, которые используются в лабораториях и других учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
14. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 12.03.15 № 312 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
15. Приказ МЗ Украины от 21.09.10 г. №798 «Об утверждении методических рекомендаций» «Хирургическая и гигиеническая обработка рук медицинского персонала».
16. Губенко И.Я., Шевченко А.Т., Бразалий Л.П., Апшай В.Г. Медсестринский уход за пациентом: Стандарты медсестринских процедур, манипуляций и планов ухода и обучения: уч.пособие. – К.: Медицина, 2008.
17. Касевич Н.Н. Основы медсестринства в модулях: уч.пособие. – К.: Медицина, 2009.
18. Касевич Н.М. Общий уход за больными и медицинская манипуляционная техника: учебник. – К.: Медицина, 2008. – 424 с.
19. Ковальчук Л.М. Учебное пособие по хирургии в модулях - К.: «Медицина», 2009.

20. Основы сестринского дела: Алгоритмы манипуляций: учебное пособие Н.В. Широкова и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

И.о. министра



А.А. Оприщенко

ОДОБРЕНО  
Экспертным советом по  
стандартизации медицинской  
помощи в системе Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
08.09.2016 протокол № 3

УТВЕРЖДЕН  
Приказом Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
28.12.2016 № 1555

## **ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ (ФЕЛЬДШЕРА, АКУШЕРКИ) ПО ХРАНЕНИЮ И ПРОВЕДЕНИЮ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**

### **1. Паспортная часть**

**1.1. Проблема, связанная с организацией:** Хранение и использование лекарственных средств в отделении.

**1.2. Код за МКХ-10:** не определяется.

**1.3. Цель протокола:** информационное обеспечение хранения и использования контроля качества лекарственных средств после получения у провизора (фармацевта).

**1.4. Дата составления протокола:** март 2016

**1.5. Дата пересмотра протокола:** март 2019

**1.6. Список и контактная информация лиц, которые принимали участие в разработке протокола:**

<b>Составители</b>	<b>Учреждения-разработчики</b>
Шумеева Александра Аркадьевна (председатель рабочей группы), специалист I категории отдела оказания медицинской помощи взрослому населению	Отдел оказания медицинской помощи взрослому населению МЗ ДНР
Ежикова Татьяна Витальевна (заместитель председателя рабочей группы), заместитель главного врача по медсестринству	КУ «ГБ № 2 г. Горловка»
Белецкая Елена Викторовна, заведующий отделением специальности «Сестринское дело»	Горловский медицинский колледж Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
Андрюхова Людмила Владимировна, преподаватель высшей квалификационной категории, преподаватель-методист	

Левитан Ирина Анатольевна, заведующий учебно- производственной практикой, преподаватель высшей квалификационной категории	
Черепанова Лариса Владимировна, главная медсестра	ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 6 г. Макеевки
Доля Лиля Олеговна, заместитель главного врача по медсестринству	Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака МЗ ДНР
Патрикеева Вера Владиславовна, главная медсестра	Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение МЗ ДНР

**1.7. Актуальность проблемы:** необходимость унификации выполнения требований по хранению и проведению контроля качества лекарственных средств.

## **2. Общая часть**

2.1. Для всех учреждений здравоохранения.

2.1.1. Хранение и проведение контроля качества лекарственных средств.

### **2.1.1. Хранение и проведение контроля качества лекарственных средств.**

#### **Оснащение:**

Шкафы, сейфы, поддоны, холодильники, термометры, гигрометры, учетно-отчетная документация, санитарное оборудование для уборки.

<b>Этапы</b>	<b>Обоснование</b>
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Лекарство для их дальнейшего использования получает старшая медицинская сестра отделения у ответственного лица по больнице (главной м/с, провизора, фармацевта), согласно составленным требованиям.	Обеспечение отделения лекарственными средствами.
2. Ответственное лицо проверяет наличие отметки «входного контроля», сроки годности, целостность упаковки и внешний вид лекарственных средств.	Визуальная оценка состояния лекарств и их пригодности к использованию.
3. В отделении все лекарственные средства регистрируют в журналах предметно-количественного учета.	Обеспечение ведения учетной документации
3. Хранение лекарств должно осуществляться в доступном месте, с выполнением требований по хранению на упаковках и инструкциях.	Обеспечение выполнения условий хранения.

<p><b>II. Выполнение процедуры</b></p> <p>1. Готовые лекарственные средства должны храниться в упаковках производителя, этикеткой наружу.</p>	<p>Обеспечение выполнения условий хранения, контроль качества лекарства и их сроков годности.</p>
<p>2. Таблетки, драже, капсулы хранятся изолированно от других лекарственных форм, в заводской упаковке, которая защищает их от воздействия внешних условий.</p>	<p>Обеспечение условий хранения.</p>
<p>3. Инъекционные лекарственные средства следует хранить в защищенном от света месте, в отдельном шкафу, желательна по способу ведения.</p>	<p>Обеспечение условий хранения.</p>
<p>4. Жидкие лекарственные средства (экстракты, настойки, растворы) должны храниться в прохладном защищенном от света месте, если нет других указаний на этикетке.</p>	<p>Обеспечение условий хранения.</p>
<p>5. Плазмозаменители и дезинтоксикационные средства хранятся отдельно, при температуре указанной на упаковке, в защищенном от света месте.</p>	<p>Обеспечение условий хранения.</p>
<p>6. Мази, линименты, гели, крема хранятся в прохладном защищенном от света месте, в тщательно закрытой упаковке, если нет других указаний на этикетке.</p>	<p>Обеспечение условий хранения.</p>
<p>7. Хранение препаратов в аэрозольной упаковке должно проводиться в сухом защищенном от света месте, на расстоянии от огня и обогревателей, их нужно защищать от механических повреждений.</p>	<p>Обеспечение условий хранения.</p>
<p>8. Дезинфицирующие средства хранятся в отдельном помещении, в шкафах защищенных от света, сыпучие формы защищенные от влаги. Все дезинфектанты должны быть в заводской упаковке.</p>	<p>Обеспечение условий хранения Выполнение требований техники безопасности.</p>
<p>9. Запрещено хранение лекарственных средств на полу.</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>
<p>10. В помещении, где хранятся лекарственные средства, должна поддерживаться температура и влажность воздуха соответственно требованиям инструкций по использованию лекарственных средств (должны быть в наличии термометр и гигрометр, показания ежедневно заносятся в учетные документы).</p>	<p>Обеспечение условий хранения, контроль качества хранения лекарственных средств.</p>
<p>11. В шкафу должна быть выделена зона «карантин» где размещаются лекарственные препараты с прошедшим сроком годности, или относительно которых есть подозрения соответствия их качества, с отметкой «использование запрещено до особого распоряжения».</p>	<p>Обеспечение условий хранения.</p>
<p>12. Наркотические лекарственные средства, психотропные вещества, прекурсоры хранятся соответственно требованиям действующих нормативных актов.</p>	<p>Выполнение требований хранения лекарств.</p>

13. Запрещено изготовление, расфасовка, замена этикеток, переключивание лекарственных средств.	Обеспечение условий хранения и использования.
14. При необходимости возможное нарушение упаковки производителя, ответственным лицом с обязательным указанием на сделанной упаковке названия, серии, срока годности, изготовителя лекарственного средства и личной подписи ответственного лица.	Обеспечение условий хранения и контроль использования.
15. В помещении, где хранятся лекарственные средства, выполняются все требования санитарно-противоэпидемического и санитарно-гигиенического режима, проводятся текущие и генеральные уборки с использованием дез. средств.	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. При выдаче лекарства на пост, старшая медицинская сестра и дежурная медсестра делают записи в журналах о перемещении лекарственных средств.	Обеспечение ведения учетной документации.
2. При использовании лекарств в документации заполняют графу «расход» – куда вносят количество использованного лекарства (по назначению врача), отмечают, куда они использованы и делают отметку о количестве лекарств которые остались неиспользованными.	Обеспечение ведения учетной документации, контроль остатков лекарственных препаратов.
3. Ежемесячно в бухгалтерию подают отчет по остаткам лекарственных средств в отделении, которые остались после использования.	Обеспечение ведения учетной документации.

### **3. Ситуации, при возникновении которых необходимо немедленно сообщить администрации:**

3.1. Пропажа лекарственных средств в отделении.

3.2. Выявление лекарственных средств, требующих перемещения в «карантинную зону» до особого распоряжения.

3.3. Выявление лекарственных средств, относительно которых есть сомнения соответствия их качества.

3.4. Повреждение заводской упаковки или неумышленное уничтожение лекарственных средств.

### **4. Ресурсное обеспечение выполнения протокола**

#### **Оснащение:**

Шкафы, сейфы, поддоны, холодильники, термометры, гигрометры, учетно-отчетная документация, санитарное оборудование для уборки.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 422 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 Лечебное дело».
2. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 595 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.02 Акушерское дело».
3. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 593 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело».
4. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 23.09.2015 № 561 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 19.01.02 Лаборант-аналитик».
5. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 423 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.03 Лабораторная диагностика».
6. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 24.08.2015 № 421 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 32.02.01 Медико-профилактическое дело».
7. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 04.06.2015 № 01.1/57 «Об утверждении номенклатуры должностей и специальностей медицинских и фармацевтических работников».
8. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.06.2015 № 282 «Об утверждении перечня профессий рабочих, должностей служащих, по которым осуществляется профессиональное обучение».
9. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08.12.2015 № 012.1\628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики».

10. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 20.08.2015 № 012.1\286 «Об утверждении порядка дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него».
11. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.08.15 № 012.1/285 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в отдельных учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
12. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 21.12.15 № 012.1/670 «Об утверждении основных документов по вопросам контроля качества оказания медицинской помощи».
13. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.11.15 № 012.1/599 «Об утверждении форм первичной учетной документации, которые используются в лабораториях и других учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
14. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 12.03.15 № 312 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
15. Приказ МЗ Украины от 21.09.10 г. №798 «Об утверждении методических рекомендаций» «Хирургическая и гигиеническая обработка рук медицинского персонала».
16. Губенко И.Я., Шевченко А.Т., Бразалий Л.П., Апшай В.Г. Медсестринский уход за пациентом: Стандарты медсестринских процедур, манипуляций и планов ухода и обучения: уч.пособие. – К.: Медицина, 2008.
17. Касевич Н.Н. Основы медсестринства в модулях: уч.пособие. – К.: Медицина, 2009.
18. Касевич Н.М. Общий уход за больными и медицинская манипуляционная техника: учебник. – К.: Медицина, 2008. – 424 с.
19. Ковальчук Л.М. Учебное пособие по хирургии в модулях - К.: «Медицина», 2009.

20. Основы сестринского дела: Алгоритмы манипуляций: учебное пособие Н.В. Широкова и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

И.о. министра



А.А. Оприщенко

ОДОБРЕНО  
Экспертным советом по  
стандартизации медицинской  
помощи в системе Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
08.09.2016 протокол № 3

УТВЕРЖДЕН  
Приказом Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
28.12.2016 № 1555

## **ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ (ФЕЛЬДШЕРА, АКУШЕРКИ) ПО ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ – МАЗЕЙ**

### **1. Паспортная часть**

**1.1. Проблема, связанная со здоровьем:** необходимость применения лекарственных средств-мазей.

**1.2. Код по МКБ-10:** Не определяется.

**1.3. Цель протокола:** Информационное обеспечение по применению лекарственных средств-мазей.

**1.4. Дата составления протокола:** март 2016

**1.5. Дата пересмотра протокола:** март 2019

**1.6. Список и контактная информация лиц, которые участвовали в разработке протокола:**

Составители	Учреждения-разработчики
Шумеева Александра Аркадьевна (председатель рабочей группы), специалист I категории отдела оказания медицинской помощи взрослому населению	Отдел оказания медицинской помощи взрослому населению МЗ ДНР
Ежикова Татьяна Витальевна (заместитель председателя рабочей группы), заместитель главного врача по медсестринству	КУ «ГБ № 2 г. Горловка»
Белецкая Елена Викторовна, заведующий отделением специальности «Сестринское дело»	Горловский медицинский колледж Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
Андрюхова Людмила Владимировна, преподаватель высшей квалификационной категории, преподаватель-методист	
Левитан Ирина Анатольевна, заведующий учебно-	

производственной практикой, преподаватель высшей квалификационной категории	
Черепанова Лариса Владимировна, главная медсестра	ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 6 г. Макеевки
Доля Лиля Олеговна, заместитель главного врача по медсестринству	Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака МЗ ДНР
Патрикеева Вера Владиславовна, главная медсестра	Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение МЗ ДНР

**А.1.7. Актуальность проблемы:** необходимость унификации выполнения назначений по применению лекарственных средств путем закладывания мази.

## 2. Общая часть.

2.1. Закладывание мази в нос.

2.2. Закладывание мази за веко.

### 2.1. Закладывание мази в нос

#### Оснащение:

Мазь, ватные турунды, лоток, салфетки, маска, медицинские перчатки, емкость с дезинфицирующим раствором.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
2. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдаются права пациента
3. Подготовить оснащение	Обеспечивается быстрое и эффективное проведение процедуры
4. Прочитать листок врачебных назначений и надпись на упаковке с лекарством (название, доза, срок годности)	Исключается ошибочное введение другого лекарственного средства
5. Надеть маску. Провести гигиеническую обработку рук, надеть медицинские перчатки	Соблюдается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Попросить пациента освободить носовую полость от слизи, используя салфетки. Высморгаться без напряжения, поочередно из каждой ноздри	Создаются условия для эффективного действия лекарственного препарата. Профилактика инфицирования среднего уха
2. Попросить пациента сесть и немного запрокинуть	Облегчается введение турунды

голову	
3. Нанести на 2 ватные турунды по 0,5-0,7 см мази; положить их в лоток	Обеспечивается выполнение процедуры
4. Немного приподнять кончик носа пациента	Облегчается введение турунды
5. Ввести турунду вращательными движениями в нижний носовой ход с одной стороны на 2-3 мин	Нанесение мази на слизистую оболочку носа
6. Извлечь турунду и погрузить ее в дезинфицирующий раствор	Обеспечивается инфекционная безопасность
7. Повторить п. 11-12 для введения мази в другую половину носа	Турунды вводят поочередно, чтобы не затруднить дыхание пациента
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Спросить пациента о его самочувствии	Определение реакции пациента на процедуру
2. Снять перчатки, маску, погрузить в дезраствор. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Сделать запись о проведении процедуры и реакции на нее пациента в медицинскую документацию	Обеспечивается документирование процедуры и последовательность ухода

## 2.2. Закладывание мази за веко

### Оснащение:

Стерильные: стеклянные глазные палочки для закладывания мази, салфетки, лоток. Флакон или тубик с глазной мазью, лоток, медицинские перчатки, маска.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
2. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдаются права пациента
3. Прочитать листок врачебных назначений и надпись на упаковке с лекарством (название, доза, срок годности)	Исключается ошибочное введение другого лекарственного средства
4. Подготовить оснащение	Обеспечивается быстрое и эффективное проведение процедуры
5. Провести гигиеническую обработку рук, надеть медицинские перчатки	Соблюдается инфекционная безопасность
6. Попросить пациента удобно сесть и отклонить голову назад	Обеспечивается правильное положение головы пациента
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Взять на кончик стерильной глазной палочки необходимое количество мази	Обеспечивается выполнение процедуры

2. Нижнее веко оттянуть немного вниз и, держа палочку параллельно краю века, прислонить ее к нижней переходной складке	Обеспечивается выполнение процедуры
3. Предложить пациенту сомкнуть веки, а палочку осторожно вынуть горизонтальным движением по направлению к виску, оставляя мазь за веком	Обеспечивается выполнение процедуры
4. Приложить стерильную салфетку к глазу, легкими движениями пальцев погладить кожу век	Обеспечивается равномерное распределение мази
5. При необходимости снять салфеткой остатки мази	Обеспечивается удаление избытка лекарств
6. Повторить п. 8-12 для закладывания мази в другой глаз. Примечание: глазные палочки - отдельные для каждого глаза. Закладывание глазной мази можно осуществить непосредственно из глазного тюбика, двигая его в направлении от внутреннего к внешнему углу глаза и осторожно выдавливая мазь на конъюнктиву нижнего века, на ее границе с глазным яблоком, не касаясь ресниц и век	Соблюдается инфекционная безопасность
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Погрузить глазные палочки, салфетки, ватные тампоны в дезинфицирующий раствор	Соблюдается инфекционная безопасность
2. Спросить пациента о его самочувствии	Определение реакции пациента на процедуру
3. Снять перчатки и положить их в емкость для дезинфекции	Соблюдается инфекционная безопасность
4. Провести гигиеническую обработку рук.	Соблюдается инфекционная безопасность
5. Сделать запись о проведении процедуры и реакции на нее пациента в медицинскую документацию	Обеспечивается документирование процедуры и последовательность ухода

### **3. Симптомы и ситуации, при возникновении которых необходимо немедленно сообщить врачу:**

- 3.1. Резкое ухудшение состояния пациента.
- 3.2. Отказ пациента от процедуры.

### **4. Ресурсное обеспечение выполнения протокола**

#### **Оснащение:**

- 4.1. Мазь, ватные турунды, лоток, салфетки, маска, медицинские перчатки, емкость с дезинфицирующим раствором, водонепроницаемый мешок.

4.2 Стерильные: стеклянные глазные палочки для закладывания мази, флакон или тубик с глазной мазью, 2 лотка, салфетки, медицинские перчатки, маска.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 422 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 Лечебное дело».
2. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 595 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.02 Акушерское дело».
3. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 593 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело».
4. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 23.09.2015 № 561 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 19.01.02 Лаборант-аналитик».
5. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 423 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.03 Лабораторная диагностика».
6. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 24.08.2015 № 421 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 32.02.01 Медико-профилактическое дело».
7. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 04.06.2015 № 01.1/57 «Об утверждении номенклатуры должностей и специальностей медицинских и фармацевтических работников».
8. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.06.2015 № 282 «Об утверждении перечня профессий рабочих, должностей служащих, по которым осуществляется профессиональное обучение».
9. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08.12.2015 № 012.1\628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства

- здравоохранения Донецкой Народной Республики».
10. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 20.08.2015 № 012.1\286 «Об утверждении порядка дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него».
  11. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.08.15 № 012.1/285 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в отдельных учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
  12. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 21.12.15 № 012.1/670 «Об утверждении основных документов по вопросам контроля качества оказания медицинской помощи».
  13. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.11.15 № 012.1/599 «Об утверждении форм первичной учетной документации, которые используются в лабораториях и других учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
  14. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 12.03.15 № 312 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
  15. Приказ МЗ Украины от 21.09.10 г. №798 «Об утверждении методических рекомендаций» «Хирургическая и гигиеническая обработка рук медицинского персонала».
  16. Губенко И.Я., Шевченко А.Т., Бразалий Л.П., Апшай В.Г. Медсестринский уход за пациентом: Стандарты медсестринских процедур, манипуляций и планов ухода и обучения: уч.пособие. – К.: Медицина, 2008.
  17. Касевич Н.Н. Основы медсестринства в модулях: уч.пособие. – К.: Медицина, 2009.
  18. Касевич Н.М. Общий уход за больными и медицинская манипуляционная техника: учебник. – К.: Медицина, 2008. – 424 с.
  19. Ковальчук Л.М. Учебное пособие по хирургии в модулях - К.: «Медицина», 2009.

20. Основы сестринского дела: Алгоритмы манипуляций: учебное пособие Н.В. Широкова и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

И.о. министра



А.А. Оприщенко

ОДОБРЕНО  
Экспертным советом по  
стандартизации медицинской  
помощи в системе Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
08.09.2016 протокол № 3

УТВЕРЖДЕН  
Приказом Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
28.12.2016 № 1555

## **ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ (ФЕЛЬДШЕРА, АКУШЕРКИ) ПО ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ – КАПЕЛЬ**

### **1. Паспортная часть**

**1.1. Проблема, связанная со здоровьем:** Выполнение назначений по применению лекарственных средств путем закапывания капель.

**1.2. Код по МКБ-10:** Не определяется.

**1.3. Цель протокола:** Информационное обеспечение выполнения назначений по применению лекарственных средств путем закапывания капель медицинской сестрой (фельдшером, акушеркой).

**1.4. Дата составления протокола:** март 2016

**1.5. Дата пересмотра протокола:** март 2019

**1.6. Список и контактная информация лиц, которые участвовали в разработке протокола:**

Составители	Учреждения-разработчики
Шумеева Александра Аркадьевна (председатель рабочей группы), специалист I категории отдела оказания медицинской помощи взрослому населению	Отдел оказания медицинской помощи взрослому населению МЗ ДНР
Ежикова Татьяна Витальевна (заместитель председателя рабочей группы), заместитель главного врача по медсестринству	КУ «ГБ № 2 г. Горловка»
Белецкая Елена Викторовна, заведующий отделением специальности «Сестринское дело»	Горловский медицинский колледж Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
Андрюхова Людмила Владимировна, преподаватель высшей квалификационной категории, преподаватель-методист	

Левитан Ирина Анатольевна, заведующий учебно- производственной практикой, преподаватель высшей квалификационной категории	
Черепанова Лариса Владимировна, главная медсестра	ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 6 г. Макеевки
Доля Лиля Олеговна, заместитель главного врача по медсестринству	Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака МЗ ДНР
Патрикеева Вера Владиславовна, главная медсестра	Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение МЗ ДНР

**1.7. Актуальность проблемы:** необходимость унификации выполнения назначений по применению лекарственных средств путем закапывания капель.

## 2. Общая часть.

2.1. Для всех учреждений здравоохранения.

2.1.1 Закапывание сосудосуживающих капель в нос.

2.1.2. Закапывание масляных капель в нос.

2.1.3. Закапывание капель в глаза.

2.1.4. Закапывание капель в уши.

### 2.1.1. Закапывание сосудосуживающих капель в нос

#### Оснащение:

Стерильные: пипетка (если во флаконе нет встроенной пипетки), салфетки, лоток.

Лекарственное средство, маска, медицинские перчатки.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
2. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдаются права пациента
3. Прочитать листок врачебных назначений и надпись на упаковке с лекарством (название, доза, срок годности)	Исключается ошибочное введение другого лекарственного средства
4. Подготовить оснащение	Обеспечивается быстрое и эффективное проведение процедуры
5. Надеть маску. Провести гигиеническую обработку рук, надеть медицинские перчатки	Соблюдается инфекционная безопасность

<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Попросить пациента сесть или лечь, помочь в случае необходимости	Обеспечивается проведение процедуры
2. Попросить пациента освободить носовую полость от слизи, используя салфетки	Создаются условия для попадания лекарственного средства на слизистую оболочку носа
3. Набрать в пипетку лекарственное средство	Обеспечивается проведение процедуры
4. Попросить пациента немного запрокинуть голову, наклонив ее к правому плечу	Обеспечивается правильное положение головы для введения лекарственного средства в левую половину носа
5. Немного приподнять кончик носа пациента	Создаются условия для попадания лекарственного средства в носовую полость
6. Закапать в одну ноздрю 3 капли лекарственного средства	Обеспечивается введение лекарственного средства
7. Попросить пациента прижать пальцами крыло носа к перегородке и сделать легкие круговые движения	Создаются условия для лучшего распределения и всасывания лекарственного средства в носовой полости
8. Повторить п. 5-8 для введения капель в другую ноздрю	Обеспечивается выполнение процедуры
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Погрузить пипетку в дезинфицирующий раствор	Соблюдается инфекционная безопасность
2. Спросить пациента о его самочувствии	Определение реакции пациента на процедуру
3. Снять перчатки, маску погрузить в дезраствор. Провести гигиеническую обработку рук.	Соблюдается инфекционная безопасность
4. Сделать запись о проведении процедуры и реакции на нее пациента в медицинскую документацию	Обеспечивается документирование процедуры и последовательность ухода

### 2.1.2. Закапывание масляных капель в нос.

#### Оснащение:

Стерильные: пипетка (если во флаконе нет встроенной пипетки), салфетки, лоток.

Лекарственное средство, маска, медицинские перчатки.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре

2. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдаются права пациента
3. Прочитать листок врачебных назначений и надпись на упаковке с лекарством (название, доза, срок годности)	Исключается ошибочное введение другого лекарственного средства
5. Подготовить оснащение	Обеспечивается быстрое и эффективное проведение процедуры
4. Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки	Соблюдается инфекционная безопасность
<b>11. Выполнение процедуры.</b>	
1. Попросить пациента освободить носовую полость от слизи, используя салфетки.	Создаются условия для прохождения масляных капель через носовую полость
2. Попросить пациента сесть или лечь и немного запрокинуть голову	Создаются условия для попадания масляного раствора на заднюю стенку глотки
3. Набрать в пипетку масляный раствор	Обеспечивается выполнение процедуры
4. Закапать в каждую ноздрю по 5-6 капель	Введение лекарственного средства
5. Попросить пациента полежать несколько минут	Необходимое время для попадания масляного раствора на заднюю стенку глотки
6. Спросить у пациента, чувствует ли он вкус капель	Вкус ощущается в случае попадания масляного раствора на заднюю стенку глотки
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Погрузить пипетку в дезинфицирующий раствор	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Помочь пациенту сесть и спросить его о самочувствии	Определение реакции пациента на процедуру
3. Снять перчатки, маску и погрузить в дезраствор. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Сделать запись о проведении процедуры и реакции на нее пациента в медицинскую документацию	Обеспечивается документирование процедуры и последовательность ухода

### 2.1.3. Закапывание капель в глаза.

Показания: по назначению врача.

#### Оснащение:

Стерильные: 2 пипетки, 2 лотка, ватные тампоны, салфетки, глазные капли, медицинские перчатки, маска, водонепроницаемый мешок

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту ход и суть предстоящей процедуры	Поощрение пациента к сотрудничеству
2. Дать информацию пациенту о лекарственном препарате и его побочных действиях	Соблюдается право пациента на информацию
3. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдаются права пациента
4. Провести гигиеническую обработку рук, надеть маску, перчатки	Соблюдается инфекционная безопасность
5. Подготовить оснащение	Обеспечивается быстрое и эффективное проведение процедуры
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Прочитать листок врачебных назначений и надпись на упаковке с лекарством (название, доза, срок годности)	Исключается ошибочное введение другого лекарственного средства
2. Обработать перчатки спиртом	Соблюдается инфекционная безопасность
3. Попросить пациента занять удобное положение, слегка отклонить голову назад	Обеспечивается правильное положение головы для попадания лекарственного вещества на слизистую оболочку глаза
4. В стерильную пипетку набрать капли, подогретые до температуры тела	Обеспечивается выполнение процедуры
5. Стерильной марлевой салфеткой оттянуть нижнее веко. Примечание: начинать закапывания надо со здорового глаза	Соблюдается инфекционная безопасность
6. Ввести 1-2 капли лекарственного вещества во внутренний угол глаза, не касаясь ресниц и век	Большее количество капель не уместится в конъюнктивальном мешке
7. Рекомендовать пациенту закрыть глаза	Обеспечивается равномерное распределение лекарства
8. Приложить стерильную марлевую салфетку и забрать с века остатки препарата стерильной салфеткой	Обеспечивается удаление избытка лекарств
9. Повторить п. 1 - 8 для введения капель в другой глаз. Примечание: Пипетки – отдельные для каждого глаза	Исключается инфицирование капель
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Погрузить пипетку в дезинфицирующий раствор	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Помочь пациенту сесть и спросить его о самочувствии	Определение реакции пациента на процедуру
3. Снять маску. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Снять перчатки, маску и выбросить в водонепроницаемый мешок	Обеспечивается инфекционная безопасность

5. Сделать запись о проведении процедуры и реакции на нее пациента в медицинскую документацию	Обеспечивается документирование процедуры и последовательность ухода
---	--

#### 2.1.4. Закапывание капель в уши

##### Оснащение:

Стерильные: 2 пипетки, лоток, ватные тампоны, салфетки. Капли в уши, медицинские перчатки, маска, дезраствор, водяная баня.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
2. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдаются права пациента
3. Прочитать листок врачебных назначений и надпись на упаковке с лекарством (название, дозировка, срок годности)	Исключается ошибочное введение другого лекарственного средства
4. Подготовить оснащение	Обеспечивается быстрое и эффективное проведение процедуры
5. Надеть маску. Провести гигиеническую обработку рук, надеть медицинские перчатки	Соблюдается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Набрать в стерильную пипетку капли, подогретые до температуры тела	Обеспечивается выполнение процедуры. Холодные капли могут вызывать у пациента головокружение, рвоту
2. Попросить пациента занять удобное положение, голову наклонить в сторону здорового уха, оттянуть ушную раковину немного назад и вверх	Обеспечивается правильное положение головы, и выпрямление наружного слухового канала для попадания лекарственного средства к уху
3. Закапать назначенное количество капель лекарственного средства в ухо	Введение лекарственного средства
4. Предложить пациенту задержать капли 5 - 10 минут	Обеспечивается лечебное действие средства
5. Наклонить голову в сторону уха, которое закапывали, чтобы из него вытекли остатки лекарств	Обеспечивается удаление остатков лекарств
6. Осуществить туалет ушной раковины	Обеспечивается соблюдение гигиены
7. Положить в слуховой проход стерильный ватный тампон	Обеспечивается высушивание слухового прохода
8. Повторить п. 4-9 для введения капель в другое ухо. Примечание: пипетки - отдельные для каждого уха	Соблюдается инфекционная безопасность. Исключается инфицирование

	капель
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Погрузить пипетки, салфетки, ватные тампоны в дезинфицирующий раствор	Соблюдается инфекционная безопасность
2. Спросить пациента о его самочувствии	Определение реакции пациента на процедуру
3. Снять маску, перчатки, погрузить в дезраствор. Провести гигиеническую обработку рук	Соблюдается инфекционная безопасность
4. Сделать запись о проведении процедуры и реакции на нее пациента в медицинскую документацию	Обеспечивается документирование процедуры и последовательность ухода

### **3. Симптомы и ситуации, при возникновении которых необходимо немедленно сообщить врачу:**

- 3.1. Резкое ухудшение состояния пациента.
- 3.2. Отказ пациента от процедуры.

### **4. Ресурсное обеспечение выполнения протокола**

#### **Оснащение:**

- 4.1. Стерильные: пипетка (если во флаконе нет встроенной пипетки), салфетки, лоток. Лекарственное средство, маска, медицинские перчатки.
- 4.2. Стерильные: пипетка (если во флаконе нет встроенной пипетки), салфетки, лоток. Лекарственное средство, маска, медицинские перчатки.
- 4.3. Стерильные: 2 пипетки, 2 лотка, ватные тампоны, салфетки, глазные капли, медицинские перчатки, маска, водонепроницаемый мешок
- 4.4. Стерильные: 2 пипетки, лоток, ватные тампоны, салфетки. Капли в уши, медицинские перчатки, маска, дезраствор, водяная баня.

## **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 422 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 Лечебное дело».
2. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 595 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.02 Акушерское дело».
3. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 593 «Об утверждении Государственного образовательного

- стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело».
4. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 23.09.2015 № 561 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 19.01.02 Лаборант-аналитик».
  5. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 423 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.03 Лабораторная диагностика».
  6. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 24.08.2015 № 421 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 32.02.01 Медико-профилактическое дело».
  7. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 04.06.2015 № 01.1/57 «Об утверждении номенклатуры должностей и специальностей медицинских и фармацевтических работников».
  8. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.06.2015 № 282 «Об утверждении перечня профессий рабочих, должностей служащих, по которым осуществляется профессиональное обучение».
  9. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08.12.2015 № 012.1\628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики».
  10. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 20.08.2015 № 012.1\286 «Об утверждении порядка дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него».
  11. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.08.15 № 012.1/285 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в отдельных учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
  12. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 21.12.15 № 012.1/670 «Об утверждении основных документов по вопросам контроля качества оказания медицинской помощи».
  13. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.11.15 № 012.1/599 «Об утверждении форм первичной учетной

документации, которые используются в лабораториях и других учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».

14. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 12.03.15 № 312 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
15. Приказ МЗ Украины от 21.09.10 г. №798 «Об утверждении методических рекомендаций» «Хирургическая и гигиеническая обработка рук медицинского персонала».
16. Губенко И.Я., Шевченко А.Т., Бразалий Л.П., Апшай В.Г. Медсестринский уход за пациентом: Стандарты медсестринских процедур, манипуляций и планов ухода и обучения: уч. пособие. – К.: Медицина, 2008.
17. Касевич Н.Н. Основы медсестринства в модулях: уч. пособие. – К.: Медицина, 2009.
18. Касевич Н.М. Общий уход за больными и медицинская манипуляционная техника: учебник. – К.: Медицина, 2008. – 424 с.
19. Ковальчук Л.М. Учебное пособие по хирургии в модулях - К.: «Медицина», 2009.
20. Основы сестринского дела: Алгоритмы манипуляций: учебное пособие Н.В. Широкова и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

И.о. министра



А.А. Оприщенко

ОДОБРЕНО

Экспертным советом по  
стандартизации медицинской  
помощи в системе Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
08.09.2016 протокол № 3

УТВЕРЖДЕН  
Приказом Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
28.12.2016 № 1555

## **ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ (ФЕЛЬДШЕРА, АКУШЕРКИ) ПО ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ СУБЛИНГВАЛЬНО**

### **1. Паспортная часть**

**1.1. Проблема, связанная со здоровьем:** Выполнение назначений по применению лекарственных средств сублингвально.

**1.2. Код по МКБ-10:** Не определяется.

**1.3. Цель протокола:** Информационное обеспечение выполнения назначений по применению лекарственных средств сублингвально медицинской сестрой (фельдшером, акушеркой).

**1.4. Дата составления протокола:** март 2016

**1.5. Дата пересмотра протокола:** март 2019

**1.6. Список и контактная информация лиц, которые участвовали в разработке протокола:**

Составители	Учреждения-разработчики
Шумеева Александра Аркадьевна (председатель рабочей группы), специалист I категории отдела оказания медицинской помощи взрослому населению	Отдел оказания медицинской помощи взрослому населению МЗ ДНР
Ежикова Татьяна Витальевна (заместитель председателя рабочей группы), заместитель главного врача по медсестринству	КУ «ГБ № 2 г. Горловка»
Белецкая Елена Викторовна, заведующий отделением специальности «Сестринское дело»	Горловский медицинский колледж Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
Андрюхова Людмила Владимировна, преподаватель высшей квалификационной категории, преподаватель-методист	

Левитан Ирина Анатольевна, заведующий учебно- производственной практикой, преподаватель высшей квалификационной категории	
Черепанова Лариса Владимировна, главная медсестра	ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 6 г. Макеевки
Доля Лиля Олеговна, заместитель главного врача по медсестринству	Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака МЗ ДНР
Патрикеева Вера Владиславовна, главная медсестра	Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение МЗ ДНР

**1.7. Актуальность проблемы:** необходимость унификации выполнения назначений по применению лекарственных средств сублингвально.

## 2. Общая часть.

2.1. Для всех учреждений здравоохранения.

2.1.1. Применение лекарственных средств сублингвально (под язык).

### 2.1.1. Применение лекарственных средств сублингвально (под язык)

#### Оснащение:

Лист врачебных назначений, лекарственные средства, перчатки, антисептик

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
2. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдаются права пациента
3. Внимательно прочитать лист назначений пациента и надпись на упаковке с лекарством (название, срок годности)	Исключается ошибочный прием другого лекарственного средства
4. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Предложить пациенту открыть рот и положить таблетку под язык. Предупредить пациента подождать полного растворения таблетки.	Обеспечивается быстрое действие препарата
2. Попросить пациента задержать слюну во рту на 1-2 минуты перед тем, как глотнуть. Не употреблять пищу и не пить в течение 20-30 мин	Обеспечивается полное усвоение препарата
3. Спросить пациента о его самочувствии	Определяется реакция пациента на процедуру
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Снять перчатки и продезинфицировать .	Обеспечивается инфекционная

Провести гигиеническую обработку рук	безопасность
2. Сделать запись о проведении процедуры и реакции на нее пациента в медицинскую документацию	Обеспечивается документирование процедуры и последовательность ухода

### **3. Симптомы и ситуации, при возникновении которых необходимо немедленно сообщить врачу:**

- 3.1. Резкое ухудшение состояния пациента.
- 3.2. Отказ пациента от процедуры.

### **4. Ресурсное обеспечение выполнения протокола**

#### **Оснащение:**

- 4.1. Лист врачебных назначений, лекарственные средства, перчатки, антисептик

## **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 422 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 Лечебное дело».
2. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 595 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.02 Акушерское дело».
3. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 593 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело».
4. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 23.09.2015 № 561 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 19.01.02 Лаборант-аналитик».
5. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 423 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.03 Лабораторная диагностика».
6. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 24.08.2015 № 421 «Об утверждении Государственного образовательного

- стандарта среднего профессионального образования по специальности 32.02.01 Медико-профилактическое дело».
7. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 04.06.2015 № 01.1/57 «Об утверждении номенклатуры должностей и специальностей медицинских и фармацевтических работников».
  8. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.06.2015 № 282 «Об утверждении перечня профессий рабочих, должностей служащих, по которым осуществляется профессиональное обучение».
  9. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08.12.2015 № 012.1\628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики».
  10. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 20.08.2015 № 012.1\286 «Об утверждении порядка дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него».
  11. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.08.15 № 012.1/285 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в отдельных учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
  12. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 21.12.15 № 012.1/670 «Об утверждении основных документов по вопросам контроля качества оказания медицинской помощи».
  13. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.11.15 № 012.1/599 «Об утверждении форм первичной учетной документации, которые используются в лабораториях и других учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
  14. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 12.03.15 № 312 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
  15. Приказ МЗ Украины от 21.09.10 г. №798 «Об утверждении методических рекомендаций» «Хирургическая и гигиеническая обработка рук медицинского персонала».

16. Губенко И.Я., Шевченко А.Т., Бразалий Л.П., Апшай В.Г. Медсестринский уход за пациентом: Стандарты медсестринских процедур, манипуляций и планов ухода и обучения: уч.пособие. – К.: Медицина, 2008.
17. Касевич Н.Н. Основы медсестринства в модулях: уч.пособие. – К.: Медицина, 2009.
18. Касевич Н.М. Общий уход за больными и медицинская манипуляционная техника: учебник. – К.: Медицина, 2008. – 424 с.
19. Ковальчук Л.М. Учебное пособие по хирургии в модулях - К.: «Медицина», 2009.
20. Основы сестринского дела: Алгоритмы манипуляций: учебное пособие Н.В. Широкова и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

И.о. министра



А.А. Оприщенко

ОДОБРЕНО  
Экспертным советом по  
стандартизации медицинской  
помощи в системе Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
08.09.2016 протокол № 3

УТВЕРЖДЕН  
Приказом Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
28.12.2016 № 1555

## **ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ (ФЕЛЬДШЕРА, АКУШЕРКИ) ПО ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПЕРОРАЛЬНО**

### **1. Паспортная часть**

**1.1. Проблема, связанная со здоровьем:** Выполнение назначений по применению лекарственных средств через рот

**1.2. Код по МКБ-10:** Не определяется.

**1.3. Цель протокола:** Информационное обеспечение выполнения назначений по применению лекарственных средств через рот медицинской сестрой (фельдшером, акушеркой).

**1.4. Дата составления протокола:** март 2016

**1.5. Дата пересмотра протокола:** март 2019

**1.6. Список и контактная информация лиц, которые участвовали в разработке протокола:**

Составители	Учреждения-разработчики
Шумеева Александра Аркадьевна (председатель рабочей группы), специалист I категории отдела оказания медицинской помощи взрослому населению	Отдел оказания медицинской помощи взрослому населению МЗ ДНР
Ежикова Татьяна Витальевна (заместитель председателя рабочей группы), заместитель главного врача по медсестринству	КУ «ГБ № 2 г. Горловка»
Белецкая Елена Викторовна, заведующий отделением специальности «Сестринское дело»	Горловский медицинский колледж Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
Андрюхова Людмила Владимировна, преподаватель высшей квалификационной категории, преподаватель-методист	

Левитан Ирина Анатольевна, заведующий учебно- производственной практикой, преподаватель высшей квалификационной категории	
Черепанова Лариса Владимировна, главная медсестра	ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 6 г. Макеевки
Доля Лиля Олеговна, заместитель главного врача по медсестринству	Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака МЗ ДНР
Патрикеева Вера Владиславовна, главная медсестра	Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение МЗ ДНР

**1.7. Актуальность проблемы:** необходимость унификации выполнения назначений по применению лекарственных средств через рот.

## 2. Общая часть.

2.1. Для всех учреждений здравоохранения.

2.1.1. Применение лекарственных средств через рот.

### 2.1.1. Применение лекарственных средств через рот

#### Оснащение:

Лист врачебных назначений, лекарственные средства, мензурка с водой, перчатки, антисептик.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
2. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдаются права пациента
3. Внимательно прочитать лист назначений пациента и надпись на упаковке с лекарством (название, доза, срок годности)	Исключается ошибочный прием другого лекарственного средства
4. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечивается эффективное выполнение процедуры
5. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки .	Соблюдается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Жидкое лекарственное средство (настой, отвар, микстуру) налить в мензурку, которая должна находиться на уровне глаз	Обеспечивается выполнение процедуры
2. Спиртовую настойку накапать в мензурку пипеткой и развести кипяченой водой	Предупреждается раздражение слизистой оболочки
3. Предложить пациенту открыть рот и положить таблетку (капсулу) на корень языка, попросить глотнуть	Обеспечивается выполнение процедуры

<p>таблетку (капсулу);</p> <p>а) помочь пациенту сесть в кровати или приподнять голову и дать выпить жидкие лекарственные средства из мензурки.</p> <p>Примечание:</p> <p>б) лекарства, которые раздражают слизистую оболочку пищеварительного канала, принимают через 30 минут после еды;</p> <p>в) лекарства, которые повышают аппетит – до употребления пищи;</p> <p>г) лекарства, которые улучшают пищеварение - во время употребления пищи;</p> <p>д) снотворные лекарства – за 30 минут до сна;</p>	
<p>4. Дать пациенту запить лекарственное средство водой</p> <p>Примечание:</p> <p>а) препараты ацетилсалициловой кислоты, йодсодержащие препараты – запить молоком;</p> <p>б) калийсодержащие препараты – томатным соком;</p> <p>в) лекарства, горькие на вкус - подслащенной водой;</p> <p>г) после употребления лекарств, содержащих кислоты или препараты железа рекомендуют прополоскать рот кипяченой водой</p>	<p>Облегчается глотание твердых лекарственных форм и ускоряется всасывание препарата в желудочно-кишечном тракте</p>
<p><b>III. Окончание процедуры</b></p>	
<p>1. Спросить пациента о его самочувствии</p>	<p>Определение реакции пациента на процедуру</p>
<p>2. Снять перчатки, продезинфицировать. Провести гигиеническую обработку рук</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>
<p>3. Сделать запись о проведении процедуры и реакции на нее пациента в медицинскую документацию</p>	<p>Обеспечивается документирование процедуры и последовательность ухода</p>

### **3. Симптомы и ситуации, при возникновении которых необходимо немедленно сообщить врачу:**

- 3.1. Резкое ухудшение состояния пациента.
- 3.2. Отказ пациента от процедуры.

### **4. Ресурсное обеспечение выполнения протокола**

#### **Оснащение:**

- 4.1. Лист врачебных назначений, лекарственные средства, мензурка с водой, перчатки, антисептик.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 422 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 Лечебное дело».
2. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 595 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.02 Акушерское дело».
3. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 593 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело».
4. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 23.09.2015 № 561 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 19.01.02 Лаборант-аналитик».
5. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 423 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.03 Лабораторная диагностика».
6. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 24.08.2015 № 421 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 32.02.01 Медико-профилактическое дело».
7. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 04.06.2015 № 01.1/57 «Об утверждении номенклатуры должностей и специальностей медицинских и фармацевтических работников».
8. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.06.2015 № 282 «Об утверждении перечня профессий рабочих, должностей служащих, по которым осуществляется профессиональное обучение».
9. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08.12.2015 № 012.1\628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики».

10. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 20.08.2015 № 012.1\286 «Об утверждении порядка дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него».
11. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.08.15 № 012.1/285 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в отдельных учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
12. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 21.12.15 № 012.1/670 «Об утверждении основных документов по вопросам контроля качества оказания медицинской помощи».
13. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.11.15 № 012.1/599 «Об утверждении форм первичной учетной документации, которые используются в лабораториях и других учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
14. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 12.03.15 № 312 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
15. Приказ МЗ Украины от 21.09.10 г. №798 «Об утверждении методических рекомендаций» «Хирургическая и гигиеническая обработка рук медицинского персонала».
16. Губенко И.Я., Шевченко А.Т., Бразалий Л.П., Апшай В.Г. Медсестринский уход за пациентом: Стандарты медсестринских процедур, манипуляций и планов ухода и обучения: уч.пособие. – К.: Медицина, 2008.
17. Касевич Н.Н. Основы медсестринства в модулях: уч.пособие. – К.: Медицина, 2009.
18. Касевич Н.М. Общий уход за больными и медицинская манипуляционная техника: учебник. – К.: Медицина, 2008. – 424 с.
19. Ковальчук Л.М. Учебное пособие по хирургии в модулях - К.: «Медицина», 2009.

20. Основы сестринского дела: Алгоритмы манипуляций: учебное пособие Н.В. Широкова и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

И.о. министра



А.А. Оприщенко

ОДОБРЕНО  
Экспертным советом по  
стандартизации медицинской  
помощи в системе Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
08.09.2016 протокол № 3

УТВЕРЖДЕН  
Приказом Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
28.12.2016 № 1555

## ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ (ФЕЛЬДШЕРА, АКУШЕРКИ) ПО ВЫПОЛНЕНИЮ ИНЪЕКЦИЙ

### 1. Паспортная часть

**1.1. Проблема, связанная со здоровьем:** Выполнение назначений по применению лекарственных средств инъекционно.

**1.2. Код по МКБ-10:** Не определяется.

**1.3. Цель протокола:** Информационное обеспечение выполнения назначений применение лекарственных средств инъекционно медицинской сестрой (фельдшером, акушеркой).

**1.4. Дата составления протокола:** март 2016

**1.5. Дата пересмотра протокола:** март 2019

**1.6. Список и контактная информация лиц, которые участвовали в разработке протокола:**

Составители	Учреждения-разработчики
Шумеева Александра Аркадьевна (председатель рабочей группы), специалист I категории отдела оказания медицинской помощи взрослому населению	Отдел оказания медицинской помощи взрослому населению МЗ ДНР
Ежикова Татьяна Витальевна (заместитель председателя рабочей группы), заместитель главного врача по медсестринству	КУ «ГБ № 2 г. Горловка»
Белецкая Елена Викторовна, заведующий отделением специальности «Сестринское дело»	Горловский медицинский колледж Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
Андрюхова Людмила Владимировна, преподаватель высшей квалификационной категории, преподаватель-методист	

Левитан Ирина Анатольевна, заведующий учебно- производственной практикой, преподаватель высшей квалификационной категории	
Черепанова Лариса Владимировна, главная медсестра	ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 6 г. Макеевки
Доля Лиля Олеговна, заместитель главного врача по медсестринству	Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака МЗ ДНР
Патрикеева Вера Владиславовна, главная медсестра	Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение МЗ ДНР

**1.8. Актуальность проблемы:** необходимость унификации выполнения назначений по применению лекарственных средств инъекционно.

2. Общая часть.

2.1. Для всех учреждений здравоохранения:

2.1.1. Разведение порошка во флаконе (антибиотиков в том числе).

2.1.2. Набор лекарства из ампулы.

2.1.3. Внутривенная инъекция (проба на индивидуальную чувствительность к антибиотику).

2.1.4. Внутривенная инъекция (проба Манту).

2.1.5. Подкожная инъекция (введение инсулина).

2.1.6. Подкожная инъекция (введение масляного раствора).

2.1.7. Внутримышечная инъекция.

2.1.8. Внутривенное струйное введение лекарственных средств.

2.1.9. Заполнение системы одноразового использования для внутривенного капельного введения лекарственных средств.

2.1.10. Подключение системы для внутривенного капельного введения лекарственных средств.

2.1.11. Постановка и удаление периферического катетера.

### **2.1.1. Разведение порошка во флаконе (антибиотиков в том числе)**

#### **Оснащение:**

Флакон с лекарственным порошком (антибиотиком), растворитель, стерильный шприц с иглами, 70% этиловый спирт или спиртовая салфетка, стерильные ватные шарики, лоток, медицинские перчатки, маска, антисептик

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b> 1. Внимательно прочитать лист назначений пациента и надпись на флаконе (наименование, доза, срок годности)	Обеспечивается исключение ошибочного введения другого

	лекарственного средства
2. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть маску, перчатки	Соблюдается инфекционная безопасность. Исключается контакт кожи рук медицинского работника с лекарственными средствами
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Открыть нестерильным пинцетом алюминиевую крышку в центре	Обеспечивается доступ к резиновой пробке. Исключается повреждение иглы
2. Обработать ватой, смоченной спиртом или спиртовой салфеткой, резиновую пробку	Уменьшается обсеменение на пробке
3. Набрать в шприц необходимое количество растворителя (1 мл на 100 000 ЕД антибиотика). Если ампулы с растворителем прилагаются к флакону с порошком, нужно использовать одну из них	Количество жидкости, необходимое для растворения порошка, указывается в аннотации к препарату
4. Резиновую пробку флакона с порошком проколоть иглой, соединенной со шприцем, в которую набран нужный растворитель	Условия для введения растворителя во флакон. Использовать растворитель, необходимый для определенного препарата
5. Ввести во флакон растворитель в необходимом количестве	Обеспечивается лечебная концентрация
6. Снять флакон вместе с иглой с подыгольного конуса и, встряхнув флакон, добиться полного растворения порошка	Обеспечивается полное растворение порошка
7. Надеть иглу с флаконом на подыгольный конус	Условия для забора содержимого из флакона
8. Поднять флакон вверх дном и набрать содержимое флакона или его часть в шприц	В таком положении содержимое флакона перемещается к игле
9. Снять флакон вместе с иглой с подыгольного конуса	Отсоединение пустого флакона
10. Надеть и закрепить на подыгольном конусе иглу для инъекции	Для внутримышечных инъекций иглу подбирают в зависимости от толщины подкожной клетчатки пациента и места инъекции
11. Выпустить через иглу 1-2 капли раствора в лоток	Проверка проходимости иглы для инъекций. Исключается загрязнение окружающей среды. Уменьшается риск аллергической реакции у медицинского работника
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Положить в стерильный лоток шприц, ватные шарики, смоченные спиртом, накрыть лоток стерильной салфеткой.	Подготовка к инъекции. Соблюдается инфекционная безопасность

## 2.1.2. Набор лекарства из ампулы

### Оснащение:

Ампула с лекарственным средством, стерильные шприцы и иглы, стерильные ватные шарики или спиртовые салфетки, 70% раствор этилового спирта, стерильный пинцет, лоток; пилочка, маска, медицинские перчатки, антисептик

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b> 1. Внимательно прочесть надпись на упаковке и на ампуле (наименование, доза, срок годности), сверить с листком назначения	Исключается ошибочное введение другого лекарственного средства
2. Надеть маску. Провести гигиеническую обработку рук-надеть перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b> 1. Постучать по шейке ампулы, перемещая лекарство вниз	Сохранение полной дозы
2. Подпилить шейку ампулы (в месте расширения) пилочкой	Создание условий для забора лекарств
3. Обработать шейку ампулы стерильным ватным шариком, смоченной спиртом или спиртовой салфеткой.	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Стерильным ватным шариком в направлении от себя отломить шейку ампулы	Исключается ранение кожи стеклом
5. Поместить открытую ампулу между 2-ым и 3-им пальцами левой руки	Обеспечивается удобство выполнения
6. Взять шприц правой рукой, ввести иглу в ампулу (не касаясь ее внешних стенок)	Обеспечивается инфекционная безопасность
7. Зафиксировать шприц 1-ым и 5-ым, а муфту иглы 4-ым пальцами левой руки	Обеспечивается прочное соединение иглы со шприцем
8. Поднять ампулу вверх дном и заполнить шприц лекарством, оттягивая поршень правой рукой	В таком положении содержимое ампулы перемещается к игле
9. Использованную ампулу выбросить в ящик для мусора	Исключается ранение кожи стеклом
10. Заменить использованную иглу на иглу для инъекции	Обеспечивается инфекционная безопасность
11. Выпустить воздух из шприца и проверить, правильно ли набрали назначенную дозу	Проверка проходимости иглы
<b>III. Окончание процедуры</b> 1. Положить шприц и стерильные ватные шарики или спиртовую салфетку в стерильный лоток.	Обеспечивается подготовка к инъекции. Обеспечивается инфекционная безопасность

### 2.1.3. Внутривенная инъекция (проба на индивидуальную чувствительность к антибиотику).

#### Оснащение:

Стерильные: шприцы, иглы, ватные шарики, пинцет в дезинфицирующем растворе, который поддерживает стерильность, лоток.

Медицинские перчатки, маска, спирт этиловый 70%, спиртовые салфетки, антисептик, лекарственные препараты в ампулах, флаконах, пилочка, лоток для использованного материала, емкость для использованного материала, прозрачная линейка, тонометр, фонендоскоп, противошоковый набор, аптечка для оказания экстренной профилактики при аварийных ситуациях, емкости с дезрастворами.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
2. Получить согласие пациента	Соблюдаются права пациента
3. Уточнить индивидуальную чувствительность к антибиотику.	Обеспечивается профилактика осложнений
4. Приготовить необходимое оснащение .	Обеспечивается эффективное выполнение процедуры
5. Внимательно прочесть надпись на упаковке и на флаконе (наименование, доза, срок годности), сверить с листком назначения	Исключается ошибочное введение другого лекарственного средства
6. Надеть маску, провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Развести антибиотик. (см. процедуру 2.1): а) если во флаконе 1000000 ЕД антибиотика, ввести во флакон 10 мл растворителя – стандартное разведение (в 1 мл – 100 000 ЕД); б) набрать в 10 мл шприц 1 мл антибиотика стандартного разведения и 9 мл физиологического раствора (в 1 мл – 10 000 ЕД); в) ввести содержимое шприца в пустой флакон из-под антибиотика. Подписать «для пробы»; г) набрать в 1 мл шприц 0,1 мл из флакона «для пробы» (0,1 мл – 1000 ЕД). Примечание: при постановке пробы для разведения антибиотиков взять физиологический раствор	Обеспечивается выполнение процедуры
2. Предложить пациенту удобно сесть на стул (при необходимости можно выполнять процедуру в	Обеспечивается удобное и правильное положение руки

положении пациента лежа), освободить руку до локтевого сустава от одежды и положить ее ладонной поверхностью кверху на твердую основу	
3. Определить место инъекции в средней трети предплечья	Обеспечивается правильное выполнение процедуры
4. Обработать место инъекции стерильными ватными шариками, смоченными в 70% растворе этилового спирта или спиртовой салфеткой дважды. После высыхания кожи левой рукой обхватить предплечье пациента снизу, зафиксировать кожу	Соблюдается инфекционная безопасность
5. Ввести иглу в кожу срезом вверх под углом 15° так, чтобы погрузился только ее срез. Осторожно отпустить левую руку	Создаются условия для эффективного выполнения процедуры
6. Ввести 0,1 мл препарата. При правильном введении на месте инъекции образуется инфильтрат, который напоминает лимонную корочку	Обеспечивается правильная дозировка
7. После введения препарата вынуть иглу, ватку во время вынимания не прикладывать. Сухим стерильным ватным шариком слегка снять остатки лекарственного препарата	Обеспечивается эффективное выполнение процедуры
8. Посоветовать пациенту в течение 20 минут не прятать под одежду место инъекции и явиться для оценки результата через указанное время	Обеспечивается достоверность оценки результата
9. Спросить у пациента о его самочувствии	Обеспечивается предупреждение осложнений
10. Результаты пробы проверить через 20 минут	Обеспечивается предупреждение осложнений
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Проздезинфицировать использованное оснащение	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Снять перчатки и маску, провести их дезинфекцию. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Сделать запись о проведении процедуры и реакции на нее пациента в медицинскую документацию	Обеспечивается документирование процедуры и последовательность ухода

#### 2.1.4. Внутривенная инъекция (проба Манту)

##### Оснащение:

Ампула с лекарственным средством, стерильный туберкулиновый шприц и иглы, стерильные ватные шарики, спиртовые салфетки, 70% раствор этилового спирта, стерильные пинцет и лоток, маска, медицинские перчатки, аптечка для оказания экстренной профилактики при аварийных ситуациях, емкости с дезрастворами, антисептик

Этапы	Обоснование
-------	-------------

<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
2. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдаются права пациента
3. Подготовить оснащение	Обеспечивается быстрое и эффективное проведение процедуры
4. Сверить надпись на упаковке с листом назначения (название, концентрация, количество, срок годности)	Обеспечивается предупреждение ошибочного введения лекарств, правильность дозирования
5. Надеть маску. Провести гигиеническую обработку рук, надеть медицинские перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Набрать в стерильный туберкулиновый шприц 0,2 мл (2 дозы) туберкулина	При проверке проходимости иглы и удалении воздуха расходуется 0,1 мл
2. Предложить пациенту удобно сесть на стул, освободить руку до локтевого сустава от одежды и положить ее ладонной поверхностью кверху на твердую основу	Обеспечивается правильное положение руки
3. Дважды обработать место инъекции (средняя треть внутренней поверхности предплечья) стерильными ватными шариками, смоченными 70% раствором этилового спирта или спиртовой салфеткой.	Соблюдается инфекционная безопасность
4. После высыхания кожи левой рукой обхватить предплечье пациента снизу	Обеспечивается фиксация кожи
5. Ввести иглу срезом вверх под углом 5° в кожу так, чтобы погрузился только ее срез	Обеспечивается проникновение иглы в кожу
6. Осторожно отпустить левую руку	Уменьшается натяжение кожи
7. Ввести 0,1 мл туберкулина (1 доза). При правильном введении на месте инъекции образуется беловатого цвета твердый инфильтрат	Обеспечивается правильное дозирование и введение туберкулина
8. Извлечь иглу, не прижимая ваткой	Предупреждается выдавливание лекарств
9. Снять остатки туберкулина сухим стерильным ватным шариком Примечание: а) порекомендовать пациенту не надевать одежду, которая раздражает кожу; б) не увлажнять предплечье; в) результат пробы надо проверить через 72 часа	Обеспечивается инфекционная безопасность. Создаются условия для достоверной оценки результата
10. Спросить пациента о самочувствии	Определение реакции пациента на процедуру
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Положить использованные ватные шарики и шприц в	Обеспечивается инфекционная

емкость для дезинфекции	безопасность
2. Снять и продезинфицировать маску, перчатки, Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Сделать запись о проведении процедуры и реакции на нее пациента в медицинскую документацию Оценка результатов: Размер гиперемии не учитывается. Для измерения диаметра папулы использовать прозрачную пластмассовую линейку, которую накладывать перпендикулярно к оси руки. Реакция отрицательная, если размер папулы составляет 0-1 мм, сомнительная – 2-4 мм, положительная – 5 мм, гиперергическая – более 17 мм.	Обеспечивается документирование процедуры

### 2.1.5. Подкожная инъекция (введение инсулина).

#### Оснащение:

Стерильные: шприцы, иглы, ватные шарики, спиртовые салфетки, пинцет в дезинфицирующем растворе, поддерживающий стерильность, лоток. Медицинские перчатки, маска, спирт этиловый 70%, лекарственные препараты в ампулах и флаконах, пилочка, лоток для использованного материала, тонометр, фонендоскоп, противошоковый набор, аптечка для оказания экстренной профилактики при аварийных ситуациях, емкости с дезрастворами, антисептик.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
2. Получить согласие на ее проведение	Соблюдаются права пациента
3. Уточнить индивидуальную чувствительность к препарату	Обеспечивается профилактика осложнений
4. Подготовить оснащение	Обеспечивается быстрое и эффективное проведение процедуры
5. Надеть маску. Провести гигиеническую обработку рук-надеть перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Подготовить инсулиновый шприц и флакон с инсулином до выполнения инъекции. Набрать инсулин из флакона (после протирания резиновой крышки спиртом, дать спирту высохнуть) согласно назначенной дозы, учитывая, что в 1 мл содержится 40 или 100 ЕД инсулина (сверить с флаконом)	Обеспечивается выполнение процедуры

<b>Помните!</b> Доза инсулина должна быть набрана точно! При передозировке инсулина может возникнуть снижение содержания сахара в крови – гипогликемическая кома. При недостаточном введении инсулина может возникнуть диабетическая кома	
2. Сверить надпись на упаковке с листом назначения (название, концентрация, количество, срок годности)	Обеспечивается предупреждение ошибочного введения лекарств, правильность дозирования
3. Помочь пациенту занять удобное положение	Обеспечивается выполнение процедуры
4. Обработать место инъекции дважды ватными шариками, смоченными в спирте или спиртовой салфеткой, дать спирту высохнуть	Обеспечивается инфекционная безопасность Обеспечивается эффективное выполнение процедуры, так как спирт инактивирует инсулин
5. Обработать перчатки двукратно спиртом	Обеспечивается инфекционная безопасность
6. Удалить остатки воздуха из шприца	Обеспечивается профилактика осложнения
7. Захватить указательным и большим пальцами левой руки кожу с подкожной основой в участке инъекции Примечание: место введения инсулина необходимо менять каждый раз, потому что при постоянном введении препарата в одно и то же место могут возникнуть осложнения – жировая дистрофия подкожной основы – липодистрофия	Обеспечивается профилактика осложнения
8. Ввести в основу созданной складки иглу на 2/3 ее длины под углом 30-45° (если длина иглы 10мм, то под углом 90°)	Обеспечивается соблюдение методики введения
9. Отпустить складку и медленно ввести лекарство	Обеспечивается соблюдение методики введения
10. Приложить сухой стерильный ватный шарик к месту инъекции	Обеспечивается инфекционная безопасность
11. Вытащить быстрым движением иглу	Обеспечивается уменьшение боли
12. Спросить у пациента о его самочувствии	Обеспечивается предупреждение осложнения
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Продезинфицировать использованное оснащение	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Снять перчатки и маску, провести дезинфекцию. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Сделать запись о проведении процедуры и реакции на нее пациента в медицинскую документацию	Обеспечивается документирование процедуры и последовательность ухода

### 2.1.6. Подкожная инъекция (введение масляного раствора)

#### Оснащение:

Стерильные: шприцы, иглы, ватные шарики, спиртовые салфетки, пинцет в дезинфицирующем растворе, поддерживающий стерильность, лоток.

Медицинские перчатки, маска, спирт этиловый 70%, лекарственные препараты в ампулах и флаконах, пилочка, лоток для использованного материала, аптечка для оказания экстренной профилактики при аварийных ситуациях, емкости с дезрастворами, антисептик, водяная баня.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
2. Получить согласие на проведение процедуры. Уточнить индивидуальную чувствительность к препарату	Соблюдаются права пациента Предупреждение осложнения
3. Подготовить оснащение	Обеспечивается проведение процедуры
4. Сверить надпись на упаковке с листом назначения (название, концентрация, количество, срок годности)	Обеспечивается предупреждение ошибочного введения лекарств, правильность дозирования
5. Надеть маску. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Подогреть ампулу с масляным раствором на водяной бане до температуры + 36 - 37°C	Обеспечивается предупреждение осложнения
2. Взять шприц 2-5 мл и иглы диаметром 0,8-1 мм. Набрать теплый масляный раствор из ампулы в шприц, сменить иглу	Обеспечивается подготовка к выполнению процедуры
3. Предложить пациенту удобно сесть (если позволяет состояние), освободить место инъекции от одежды	Обеспечивается удобное положение пациента
4. Определить место инъекции (наружная поверхность плеча, бедра)	Обеспечивается правильность выполнения процедуры
5. Обработать место инъекции стерильными ватными шариками или спиртовой салфеткой	Соблюдается инфекционная безопасность
6.левой рукой взять кожу в месте инъекции в складку	Обеспечивается введение лекарств под кожу
7. Ввести в основу складки иглу на 2/3 ее длины под углом 30-45°	Обеспечивается введение лекарств под кожу
8. После введения иглы левой рукой подтянуть поршень шприца на себя и проверить, не попала ли игла в просвет кровеносного сосуда. Если кровь в шприце отсутствует, то медленно ввести	Предупреждение масляной эмболии

раствор. Если появилась кровь в шприце, следует ввести иглу чуть глубже или оттянуть шприц с иглой немного на себя, не вынимая ее. Снова проверить, не попала ли игла в просвет сосуда	
9. Медленно ввести масляный раствор. Прижать стерильный ватный шарик, смоченный спиртом к месту инъекции и извлечь иглу	Обеспечивается инфекционная безопасность
10. После введения место инъекции раствора хорошо помассировать стерильным ватным шариком, смоченным в 70% растворе этилового спирта или спиртовой салфеткой. На место инъекции приложить согревающий компресс или грелку с целью профилактики постинъекционных осложнений.	Обеспечивается лучшее распределение лекарства в подкожной основе
11. Спросить у пациента о его самочувствии	Обеспечивается предупреждение осложнений
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Продезинфицировать использованное оснащение и материалы	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Провести обезжиривание инструментов в моющем растворе с последующей дезинфекции.	Обеспечивается удаление остатков масляного раствора
3. Снять маску, перчатки, провести дезинфекцию. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Сделать запись о проведении процедуры и реакции на нее пациента в медицинскую документацию	Обеспечивается документирование процедуры и последовательность ухода

### 2.1.7. Внутримышечная инъекция

#### Оснащение:

Стерильные: шприцы (5-10мл), иглы для внутримышечных инъекций, ватные шарики, спиртовые салфетки, пинцет в дезинфицирующем растворе, поддерживающий стерильность, лоток.

Медицинские перчатки, маска, спирт этиловый 70%, лекарственные препараты в ампулах, флаконах, пилочка, лоток для использованного материала, аптечка для проведения экстренной профилактики при аварийных ситуациях, емкости с дезрастворами, антисептик

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
2. Получить согласие на ее проведение	Соблюдаются права пациента
3. Уточнить индивидуальную чувствительность к препарату	Обеспечивается профилактика осложнений

4. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечивается эффективное выполнение процедуры
5. Сверить надпись на упаковке с листом назначения (название, концентрация, количество, срок годности)	Обеспечивается предупреждение ошибочного введения лекарств, правильность дозирования
6. Надеть маску .Провести гигиеническую обработку рук-надеть перчатки.	Обеспечивается инфекционная безопасность
7. Подготовить весь стерильный материал и шприц к выполнению инъекции. Набрать лекарство	Обеспечивается выполнение процедуры
8. Спросить пациента о самочувствии	Обеспечивается оценка состояния пациента
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Предложить пациенту лечь на живот или на бок (при необходимости помочь)	Обеспечивается удобство выполнения процедуры
2. Определить место инъекции: а) верхне-наружный квадрат ягодицы; б) передненаружная поверхность верхней трети бедра; в) передненаружная поверхность плеча	Обеспечивается правильность выполнения процедуры
3. Осмотреть возможное место инъекции, осторожно его прощупать	Обеспечивается предупреждение осложнений
4. Обработать место инъекции поочередно ватными шариками, смоченными в спирте или спиртовой салфеткой	Обеспечивается инфекционная безопасность
5. Обработать спиртом медицинские перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность
6. Удалить из шприца пузырьки воздуха	Обеспечивается предупреждение осложнения
7. Держать приготовленный шприц иглой вниз, растянуть кожу на месте инъекции. Быстрым движением ввести иглу перпендикулярно к поверхности кожи на 2/3 ее длины (при выполнении инъекции в верхний наружный квадрат ягодицы)	Обеспечивается правильное выполнение процедуры
8. Подтянуть поршень шприца на себя и проверить, не попала ли игла в просвет кровеносного сосуда (в цилиндре шприца не должно быть крови)	Обеспечивается предупреждение осложнения
9. Медленно ввести лекарство, надавливая на поршень шприца	Исключаются неприятные ощущения.
10. Приложить стерильный ватный шарик, смоченный в спирте, к месту инъекции и быстрым движением извлечь иглу, помассировать место инъекции	Обеспечивается инфекционная безопасность. Уменьшаются болевые ощущения. Улучшается распределение лекарств
11. Спросить у пациента о его самочувствии	Обеспечивается предупреждение осложнения

<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Продезинфицировать использованное оснащение и материалы	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Снять перчатки, маску, провести дезинфекцию. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Сделать запись о проведении процедуры и реакции на нее пациента в медицинскую документацию	Обеспечивается документирование процедуры и последовательность ухода

### 2.1.8. Внутривенное струйное введение лекарственных средств.

#### Оснащение:

Стерильные: шприцы (10-20мл), иглы для внутривенных инъекций, ватные шарики, спиртовые салфетки, пинцет в дезинфицирующем растворе, поддерживающий стерильность, лоток.

Медицинские перчатки, маска, защитные очки/экран, водонепроницаемый фартук, спирт этиловый 70%, йод, клеенчатая подушечка, венозный жгут, полотенце, клеенка, лекарственные препараты в ампулах и флаконах, пилочка, лоток для использованного материала, тонометр, фонендоскоп, противошоковый набор, аптечка для проведения экстренной профилактики при аварийных ситуациях, емкости с дезрастворами, антисептик.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
2. Получить согласие на ее проведение	Соблюдаются права пациента
3. Уточнить индивидуальную чувствительность к препарату	Обеспечивается предупреждение осложнений
4. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечивается эффективное выполнение процедуры
5. Сверить надпись на упаковке с листом назначения (название, концентрация, количество, срок годности)	Обеспечивается предупреждение ошибочного введения лекарства, правильность дозирования
6. Надеть маску, защитные очки/экран, водонепроницаемый фартук.	Обеспечивается инфекционная безопасность
7. Провести гигиеническую обработку рук, надеть медицинские перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Набрать в шприц лекарство и растворитель из ампулы и флакона. Надеть инъекционную иглу, проверить ее проходимость, вытесняя поршнем воздух из шприца	Создаются условия для выполнения процедуры
2. Спросить пациента о его самочувствии	Оценка состояния пациента
3. Предложить ему сесть или лечь. Определить место инъекции	Обеспечивается удобство выполнения процедуры
4. Предплечья пациента уложить на твердую основу	Обеспечивается полное

внутренней поверхностью кверху. Под локоть подложить клеенчатую подушечку и клеенку	разгибание локтевого сустава
5. Определить пульс на лучевой артерии	Обеспечивается дальнейшее сравнение свойств пульса
6. Наложить на плечо, на 5-7 см выше локтевого сустава, венозный жгут (на рубашку, полотенце или салфетку) так, чтобы свободные концы были направлены вверх	Обеспечивается наполнение вены. Предупреждается травматизация кожи плеча
7. Проверить пульс на лучевой артерии	Обеспечивается правильное наложение жгута
8. Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кулак	Обеспечивается наполнение вены
9. Выбрать наиболее наполненную вену	Обеспечивается эффективность выполнения процедуры
10. Попросить пациента зажать кулак	Обеспечивается наполнение вены
11. Обработать перчатки двукратно спиртом	Обеспечивается инфекционная безопасность
12. Обработать внутреннюю поверхность локтевого сгиба двумя ватными шариками, смоченными в спирте, снять остатки спирта	Обеспечивается инфекционная безопасность
13. Взять шприц в правую руку так, чтобы указательный палец фиксировал муфту иглы, а остальные охватывали цилиндр шприца	Обеспечивается правильное положение шприца
14. Проверить проходимость иглы и отсутствие воздуха в шприце	Обеспечивается предупреждение осложнений
15. Первым пальцем левой руки оттянуть кожу локтевого сгиба вниз по ходу вены. Зафиксировать вену	Создаются условия эффективного выполнения процедуры
16. Держа шприц параллельно к коже, срезом иглы вверх, провести венепункцию. Ощувив «провал», легонько подтянуть поршень на себя до появления крови в шприце	Проверка нахождения шприца в вене
17. Под муфту иглы подложить стерильную салфетку	Соблюдается инфекционная безопасность
18. Снять жгут левой рукой	Обеспечиваются условия выполнения процедуры
19. Попросить пациента разжать кулак; еще раз потянуть поршень на себя	Проверка нахождения шприца в вене
20. Не меняя положения шприца, первым пальцем левой руки нажать на рукоятку поршня, медленно ввести лекарство (следить за состоянием пациента). Оставить в шприце не более 0,2 мл жидкости	Обеспечивается введение лекарств и предупреждение осложнений
21. Прижать к месту инъекции ватный шарик, смоченный в спирте, резким движением вытянуть иглу на салфетку	Обеспечивается инфекционная безопасность
22. Попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе вместе с ватным шариком на 3-5 минут до остановки	Обеспечивается предупреждение осложнений

кровотечения	
23. Спросить у пациента о его самочувствии. Забрать ватный шарик	Обеспечивается предупреждение осложнений
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Продезинфицировать использованное оснащение	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Снять фартук, очки/экран, маску, перчатки, провести дезинфекцию. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Сделать запись о проведении процедуры и реакции на нее пациента в медицинскую документацию	Обеспечивается документирование процедуры и последовательность ухода

### 2.1.9. Заполнение системы одноразового использования для внутривенного капельного введения лекарственного средства.

#### Оснащение:

Стерильные: система одноразового использования для внутривенного капельного введения жидкости (в стерильном пакете), ватные шарики, салфетки, пинцет, лоток.

Флакон с инфузионным раствором, медицинские перчатки, маска, ножницы, спирт этиловый 70%, штатив, лоток для использованного материала.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Подготовить оснащение	Обеспечивается быстрое и эффективное проведение процедуры
2. Сверить надпись на флаконе с назначением врача (название, концентрацию, количество), проверить герметичность упаковки, срок годности, прозрачность жидкости	Обеспечивается предупреждение осложнений
3. Надеть маску. Провести гигиеническую обработку рук, надеть медицинские перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Металлический диск флакона обработать ватным шариком, смоченном в спирте, или спиртовой салфеткой, пинцетом снять центральную часть металлической крышки, резиновую пробку обработать антисептиком.	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Обработать перчатки ватными шариками, смоченными спиртом или спиртовой салфеткой.	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Ножницами вскрыть пакет с одноразовой системой для внутривенного капельного введения	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Снять колпачок с иглы воздуховода и ввести ее до упора через резиновую пробку во флакон	Обеспечивается удаление воздуха из флакона

5. Снять колпачок с иглы, которая находится ближе к капельнице, ввести ее на 2/3 через резиновую пробку во флакон	Предупреждение проникновения воздуха в систему
6. Закрывать винтовой зажим	Предупреждение проникновения жидкости в систему
7. Перевернуть флакон вверх дном и закрепить его на штативе	Обеспечивается движение жидкости
8. Инъекционную иглу вместе с колпачком снять и положить в подготовленный стерильный лоток	Обеспечивается более быстрое заполнение системы
9. Повернуть капельницу в горизонтальное положение. Медленно, открывая винтовой зажим, заполнить ее до половины объема. Зажим закрыть	Обеспечивается заполнение только капельницы
10. Открыть винтовой зажим, медленно заполнить длинную трубку системы до полного вытеснения пузырьков воздуха и появления капель раствора из канюли для насадки иглы	Обеспечивается удаление воздуха из системы
11. Винтовой зажим закрыть	Предупреждение потери лекарственного раствора
12. Проверить отсутствие пузырьков воздуха в системе	Обеспечивается предупреждение воздушной эмболии
13. Присоединить инъекционную иглу. Открыть винтовой зажим, пропустив несколько капель раствора через инъекционную иглу	Проверка проходимости иглы и вытеснения из нее воздуха
<b>III. Окончание процедуры</b> 1. Положить в стерильный лоток стерильные ватные шарики, смоченные спиртом, и стерильные салфетки	Обеспечивается инфекционная безопасность

## 2.1.10. Подключение системы для внутривенного капельного введения лекарственных средств

### Оснащение:

Стерильные: система одноразового использования для внутривенного капельного введения жидкости (в стерильном пакете), ватные шарики, спиртовые салфетки, лоток.

Флакон с инфузионным раствором, медицинские перчатки, пинцет, маска, ножницы, спирт этиловый 70%, клеенчатая подушечка, венозный жгут, полотенце, клеенка, штатив, лоток для использованного материала, лейкопластырь, антисептик.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b> 1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры.	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
2. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдаются права пациента
3. Подготовить оснащение	Обеспечивается эффективное

	выполнение процедуры
4. Уточнить готов ли пациент к манипуляции. При необходимости помочь принять удобное положение: рука должна лежать без напряжения и не свисать.	Придать удобное положение пациенту и правильное положение руки
5. Обработать руки антисептиком, надеть медицинские перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Под локоть пациента подложить твердую резиновую подушечку. Определить пульс на лучевой артерии	Обеспечивается максимальное разгибание руки в локтевом суставе. Проверяются свойства пульса
2. Наложить на плечо, на 5-7 см выше локтевого сустава, резиновый жгут (на рубашку, полотенце или салфетку) так, чтобы свободные концы были направлены вверх	Создаются условия для лучшего наполнения вены. Предупреждается травмирование кожи
3. Проверить пульс на лучевой артерии (его свойства не должны измениться)	Проверка правильности наложения жгута
4. Предложить пациенту несколько раз сжать и разжать кулак, выбрать наиболее наполненную вену, попросить пациента зажать кулак	Способствует лучшему наполнению вены
5. Обработать инъекционное поле поочередно двумя ватными шариками, смоченными в спирте или спиртовой салфеткой.	Обеспечивается инфекционная безопасность
6. Обработать медицинские перчатки двукратно спиртом	Обеспечивается инфекционная безопасность
7. Зафиксировать вену, держа иглу срезом вверх, параллельно поверхности кожи провести венепункцию.	Предупреждение прокола вены насквозь
8. С появлением крови в муфте попросить пациента разжать кулак. Снять жгут, под муфту иглы подложить салфетку. Отрегулировать скорость инфузии, назначенную врачом, винтовым зажимом (40-60 капель в 1 минут)	Обеспечивается восстановление тока крови в вене. Обеспечивается правильное выполнение процедуры
9. Зафиксировать иглу (по муфте) и часть трубки к коже лейкопластырем, накрыть место пункции стерильной салфеткой	Предупреждается выход иглы из вены
10. Наблюдать за состоянием пациента и работой системы. При ухудшении состояния вызвать врача	Обеспечивается своевременность помощи в случае ухудшения состояния пациента
11. Когда уровень раствора во флаконе снизится до среза иглы, закрыть винтовой зажим, снять салфетку, лейкопластырь. Положить в лоток	Подготовка к окончанию процедуры
12. Приложить стерильный ватный шарик, смоченный спиртом или спиртовую салфетку, к месту инъекции и быстрым движением извлечь иглу на салфетку	Обеспечивается инфекционная безопасность

13. Попросить пациента согнуть руку в локтевом суставе вместе с ватным шариком на 3-5 минут до прекращения кровотечения	Обеспечивается профилактика кровотечения
14. Спросить у пациента о его самочувствии. Рекомендовать пациенту не вставать с постели в течение 40-60 мин. Забрать ватный шарик	Обеспечивается профилактика осложнений
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Продезинфицировать использованное оснащение и материалы.	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Снять фартук, маску, очки/экран, перчатки. Провести дезинфекцию. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Сделать запись о проведении процедуры и реакции на нее пациента в медицинскую документацию	Обеспечивается документирование процедуры и последовательность ухода

### 2.1.11. Постановка и удаление периферического катетера.

#### Оснащение:

Стерильные: ватные шарики, спиртовые салфетки, лоток, периферический катетер (нужного размера), шприц одноразовый, пинцет.

Флакон с инфузионным раствором, медицинские перчатки, маска, ножницы, спирт этиловый 70%, клеенчатая подушечка, венозный жгут, полотенце, клеенка, штатив, лоток для использованного материала, лейкопластырь, антисептик.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
2. Получить согласие на ее проведение	Соблюдаются права пациента
3. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечивается эффективное выполнение процедуры
4. Помочь пациенту занять удобное положение	Обеспечиваются необходимые условия для выполнения процедуры
5. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность
6. Наложить жгут на 10-15 см выше зоны катетеризации вены	Обеспечивается подготовительный этап выполнения процедуры
7. Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кулак. Выбрать наиболее наполненную вену	Обеспечивается визуальная оценка диаметра и наполненности вены
8. Снять жгут	Обеспечивается продолжение

	процедуры
9. Подобрать внутривенный катетер нужного диаметра и длины, учитывая: диаметр вены, необходимую скорость инфузии, график проведения внутривенной терапии, вязкость инфузионного раствора. Подготовить его к использованию	Обеспечивается эффективность выполнения процедуры Уменьшается риск осложнений
10. Повторно обработать руки антисептиком	Соблюдается инфекционная безопасность
11. Руку пациента уложить на твердую основу внутренней поверхностью кверху. Под локоть подложить клеенчатую подушечку и клеенку	Обеспечивается полная фиксация руки
12. Определить пульс	Обеспечивается дальнейшее сравнение свойств пульса
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Надеть фартук, маску, защитный экран (очки), медицинские перчатки	Обеспечивается предупреждение профессионального инфицирования
2. Наложить на 10-15 см выше зоны катетеризации вены резиновый жгут (на рубашку, полотенце или салфетку) так, чтобы свободные концы были направлены вверх	Обеспечивается наполнение вены. Предупреждается травмирование кожи. Обеспечивается удобство выполнения процедуры
3. Проверить пульс на лучевой артерии	Определяется правильность наложения жгута
4. Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кулак	Обеспечивается наполнение вены
5. Выбрать наиболее наполненную вену	Обеспечивается эффективность выполнения процедуры
6. Попросить пациента сжать кулак	Обеспечивается наполнение вены
7. Протереть поверхность кожи места катетеризации двумя ватными шариками, смоченными в спирте или спиртовой салфеткой, соответственно размеру повязки для фиксации катетера.	Соблюдается инфекционная безопасность Предупреждается попадание спирта в вену
8. Обработать медицинские перчатки двукратно спиртом	Соблюдается инфекционная безопасность
9. Взять стерильную салфетку и положить на место катетеризации	Соблюдается инфекционная безопасность
10. Взять выбранный катетер, используя для этого бесконтактный способ удерживания катетера и снять защитное покрытие с иглы. Убедиться, что срез иглы катетера находится в верхнем положении и игла-стилет надежно зафиксирована	Обеспечивается эффективность выполнения процедуры. Соблюдается инфекционная безопасность
11. Первым пальцем левой руки оттянуть кожу через	Создаются условия

стерильную салфетку вниз по ходу вены. Зафиксировать вену	эффективного выполнения процедуры
12. Проколоть кожу катетером на игле под углом 35-45°, наблюдая за появлением крови в индикаторной камере. При появлении крови - уменьшить угол наклона иглы-стилета и «пройти по вене» 2-3 мм	Обеспечивается эффективность выполнения процедуры. Обеспечивается предупреждение осложнений
13. Зафиксировать иглу-стилет в неподвижном положении, а канюлю медленно полностью сдвинуть с иглы в вену (игла-стилет из катетера не вынимается)	Обеспечивается эффективность выполнения процедуры. Соблюдается инфекционная безопасность
14. Попросить пациента разжать кулак и снять жгут левой рукой	Обеспечиваются условия выполнения процедуры
15. Прижать вену несколькими пальцами левой руки выше кончика катетера и окончательно удалить иглу из катетера и надеть заглушку	Обеспечивается предупреждение возникновения кровотечения
16. Надежно зафиксировать катетер, используя стерильную окклюзионную (герметичную) повязку для фиксации катетера с прозрачным окошком для удобства осмотра места катетеризации	Обеспечивается предупреждение осложнений
17. Спросить у пациента о его самочувствии	Обеспечивается предупреждение осложнений
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Промыть катетер непосредственно после катетеризации вены 2 мл 0,9% раствора натрия хлорида и 3 мл после фиксации. Минимальный объем раствора для промывания равен удвоенному объему заполнения катетера и присоединенных дополнительных устройств. Промывать катетер необходимо не менее, чем 2 раза в сутки, а также до и после проведения инфузии	Подтверждается успех катетеризации. Уменьшается риск смешения введенных растворов. Предупреждается тромбирование путем создания «замка» (заполнение катетера)
2. Использованное оснащение положить в емкости с дезраствором	Соблюдается инфекционная безопасность
3. Снять перчатки, маску погрузить в дезраствор. Провести гигиеническую обработку рук	Соблюдается инфекционная безопасность
4. Сделать запись о проведении процедуры и реакции на нее пациента в медицинскую документацию	Обеспечивается документирование процедуры и последовательность ухода
<b>Удаление периферического катетера</b>	
1. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки	Соблюдается инфекционная безопасность
2. Снять фиксирующую повязку, предварительно смочив антисептиком или 0,9% раствором натрия хлорида	Обеспечивается легкое снятие повязки
3. Приложить стерильный ватный шарик, смоченный спиртом или спиртовую салфетку, к месту катетеризации. Медленно и осторожно удалите катетер из вены	Соблюдается инфекционная безопасность
4. Осторожно прижать место катетеризации стерильным	Обеспечивается профилактика

марлевым тампоном (до 2-х минут)	кровотечения
5. Место катетеризации обработать антисептиком и наложить стерильную повязку. Посоветовать не снимать и не мочить место катетеризации в течение суток	Соблюдается инфекционная безопасность. Обеспечивается профилактика кровотечения
6. Положить в емкости для дезинфекции использованный материал.	Соблюдается инфекционная безопасность
7. Снять перчатки, фартук, маску, защитный экран (очки), провести дезинфекцию	Соблюдается инфекционная безопасность
10. Провести гигиеническую обработку рук	Соблюдается инфекционная безопасность
11. Сделать запись в медицинскую документацию - дата, время и причину удаления катетера, реакция пациента	Обеспечивается документирование процедуры и последовательность ухода

### **3. Симптомы и ситуации, при возникновении которых необходимо немедленно сообщить врачу:**

- 3.1. Резкое ухудшение состояния пациент
- 3.2. Отказ пациента от процедуры.

### **4. Ресурсное обеспечение выполнения протокола**

#### **Оснащение:**

4.1. Флакон с лекарственным порошком (антибиотиком), растворитель, стерильный шприц с иглами, 70% этиловый спирт или спиртовая салфетка, стерильные ватные шарики, лоток, медицинские перчатки, маска, антисептик

4.2. Ампула с лекарственным средством, стерильные шприцы и иглы, стерильные ватные шарики или спиртовые салфетки, 70% раствор этилового спирта, стерильный пинцет, лоток; пилочка, маска, медицинские перчатки, антисептик

4.3. Стерильные: шприцы, иглы, ватные шарики, пинцет в дезинфицирующем растворе, который поддерживает стерильность, лоток.

Медицинские перчатки, маска, спирт этиловый 70%, спиртовые салфетки, антисептик, лекарственные препараты в ампулах, флаконах, пилочка, лоток для использованного материала, емкость для использованного материала, прозрачная линейка, тонометр, фонендоскоп, противошоковый набор, аптечка для оказания экстренной профилактики при аварийных ситуациях, емкости с дезрастворами.

4.4. Ампула с лекарственным средством, стерильный туберкулиновый шприц и иглы, стерильные ватные шарики, спиртовые салфетки, 70% раствор этилового спирта, стерильные пинцет и лоток, маска, медицинские перчатки, аптечка для оказания экстренной профилактики при аварийных ситуациях, емкости с дезрастворами, антисептик

4.5. Стерильные: шприцы, иглы, ватные шарики, спиртовые салфетки, пинцет в дезинфицирующем растворе, поддерживающий стерильность, лоток. Медицинские перчатки, маска, спирт этиловый 70%, лекарственные препараты в ампулах и флаконах, пилочка, лоток для использованного материала, тонометр, фонендоскоп, противошоковый набор, аптечка для оказания экстренной профилактики при аварийных ситуациях, емкости с дезрастворами, антисептик

4.6. Стерильные: шприцы, иглы, ватные шарики, спиртовые салфетки, пинцет в дезинфицирующем растворе, поддерживающий стерильность, лоток.

Медицинские перчатки, маска, спирт этиловый 70%, лекарственные препараты в ампулах и флаконах, пилочка, лоток для использованного материала, аптечка для оказания экстренной профилактики при аварийных ситуациях, емкости с дезрастворами, антисептик, водяная баня.

4.7. Стерильные: шприцы (5-10мл), иглы для внутримышечных инъекций, ватные шарики, спиртовые салфетки, пинцет в дезинфицирующем растворе, поддерживающий стерильность, лоток.

Медицинские перчатки, маска, спирт этиловый 70%, лекарственные препараты в ампулах, флаконах, пилочка, лоток для использованного материала, аптечка для проведения экстренной профилактики при аварийных ситуациях, емкости с дезрастворами, антисептик

4.8. Стерильные: шприцы (10-20мл), иглы для внутривенных инъекций, ватные шарики, спиртовые салфетки, пинцет в дезинфицирующем растворе, поддерживающий стерильность, лоток.

Медицинские перчатки, маска, защитные очки/экран, водонепроницаемый фартук, спирт этиловый 70%, йод, клеенчатая подушечка, венозный жгут, полотенце, клеенка, лекарственные препараты в ампулах и флаконах, пилочка, лоток для использованного материала, тонометр, фонендоскоп, противошоковый набор, аптечка для проведения экстренной профилактики при аварийных ситуациях, емкости с дезрастворами, антисептик.

4.9. Стерильные: система одноразового использования для внутривенного капельного введения жидкости (в стерильном пакете), ватные шарики, салфетки, пинцет, лоток.

Флакон с инфузионным раствором, медицинские перчатки, , маска, ножницы, спирт этиловый 70%, , штатив, лоток для использованного материала.

4.10. Стерильные: система одноразового использования для внутривенного капельного введения жидкости (в стерильном пакете), ватные шарики, спиртовые салфетки, лоток. Флакон с инфузионным раствором, медицинские перчатки, пинцет, маска, ножницы, спирт этиловый 70%, клеенчатая подушечка, венозный жгут, полотенце, клеенка, штатив, лоток для использованного материала, лейкопластырь, антисептик

4.11. Стерильные: ватные шарики, спиртовые салфетки, лоток, периферический катетер (нужного размера), шприц одноразовый, пинцет. Флакон с инфузионным раствором, медицинские перчатки, маска, ножницы, спирт этиловый 70%, клеенчатая подушечка, венозный жгут, полотенце, клеенка, штатив, лоток для использованного материала, лейкопластырь, антисептик.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 422 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 Лечебное дело».
2. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 595 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.02 Акушерское дело».
3. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 593 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело».
4. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 23.09.2015 № 561 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 19.01.02 Лаборант-аналитик».
5. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 423 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.03 Лабораторная диагностика».
6. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 422 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 Лечебное дело».

9. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08.12.2015 № 012.1\628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики».
10. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 20.08.2015 № 012.1\286 «Об утверждении порядка дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него».
11. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.08.15 № 012.1/285 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в отдельных учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
12. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 21.12.15 № 012.1/670 «Об утверждении основных документов по вопросам контроля качества оказания медицинской помощи».
13. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.11.15 № 012.1/599 «Об утверждении форм первичной учетной документации, которые используются в лабораториях и других учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
14. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 12.03.15 № 312 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
15. Приказ МЗ Украины от 21.09.10 г. №798 «Об утверждении методических рекомендаций» «Хирургическая и гигиеническая обработка рук медицинского персонала».
16. Губенко И.Я., Шевченко А.Т., Бразалий Л.П., Апшай В.Г. Медсестринский уход за пациентом: Стандарты медсестринских процедур, манипуляций и планов ухода и обучения: уч.пособие. – К.: Медицина, 2008.
17. Касевич Н.Н. Основы медсестринства в модулях: уч.пособие. – К.: Медицина, 2009.
18. Касевич Н.М. Общий уход за больными и медицинская манипуляционная техника: учебник. – К.: Медицина, 2008. – 424 с.
19. Ковальчук Л.М. Учебное пособие по хирургии в модулях - К.: «Медицина», 2009.

20. Основы сестринского дела: Алгоритмы манипуляций: учебное пособие Н.В. Широкова и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

И.о. министра



А.А. Оприщенко

ОДОБРЕНО  
Экспертным советом по  
стандартизации медицинской  
помощи в системе Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
08.09.2016 протокол № 3

УТВЕРЖДЕН  
Приказом Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
28.12.2016 № 1555

## **ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ (ФЕЛЬДШЕРА, АКУШЕРКИ) ПО ВЫПОЛНЕНИЮ ЗОНДОВЫХ ПРОЦЕДУР**

### **1. Паспортная часть**

**1.1. Проблема, связанная со здоровьем:** Необходимость выполнения зондовых процедур.

**1.2. Код по МКБ-10:** Не определяется.

**1.3. Цель протокола:** Информационное обеспечение выполнения зондовых процедур медицинской сестрой (фельдшером, акушеркой).

**1.4. Дата составления протокола:** март 2016

**1.5. Дата пересмотра протокола:** март 2019

**1.6. Список и контактная информация лиц, которые участвовали в разработке протокола:**

Составители	Учреждения-разработчики
Шумеева Александра Аркадьевна (председатель рабочей группы), специалист I категории отдела оказания медицинской помощи взрослому населению	Отдел оказания медицинской помощи взрослому населению МЗ ДНР
Ежикова Татьяна Витальевна (заместитель председателя рабочей группы), заместитель главного врача по медсестринству	КУ «ГБ № 2 г. Горловка»
Белецкая Елена Викторовна, заведующий отделением специальности «Сестринское дело»	Горловский медицинский колледж Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
Андрюхова Людмила Владимировна, преподаватель высшей квалификационной категории, преподаватель-методист	

Левитан Ирина Анатольевна, заведующий учебно- производственной практикой, преподаватель высшей квалификационной категории	
Черепанова Лариса Владимировна, главная медсестра	ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 6 г. Макеевки
Доля Лиля Олеговна, заместитель главного врача по медсестринству	Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака МЗ ДНР
Патрикеева Вера Владиславовна, главная медсестра	Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение МЗ ДНР

**1.7. Актуальность проблемы:** необходимость унификации выполнения зондовых процедур.

## 2. Общая часть.

2.1. Для всех учреждений здравоохранения:

2.1.1. Введение желудочного зонда через рот (поведение пациента адекватное).

2.1.2. Введение назогастрального зонда (пациент может помогать медицинскому работнику, поведение адекватное).

2.1.3. Промывание желудка толстым зондом.

2.1.4. Промывание желудка тонким зондом.

2.1.5. Взятие желудочного содержимого для исследования секреторной функции желудка (пациент может помогать медицинскому работнику, поведение адекватное).

2.1.6. Дуоденальное зондирование (фракционный способ).

### 2.1.1. Введение желудочного зонда через рот (поведение пациента адекватное)

#### Оснащение:

Стерильный желудочный зонд, шприц Жане емкостью 60 мл, полотенце, салфетки, фонендоскоп, стерильный глицерин или вазелиновое масло, лоток, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, клеёнка.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
2. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдаются права пациента
3. Подготовить оснащение.	Обеспечивается быстрое и эффективное проведение процедуры.

4. Надеть маску. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность
<p><b>II. Выполнение процедуры</b></p> <p>1. Предложить или помочь пациенту сесть на стул ближе к спинке. Если пациент не может сидеть на стуле, процедуру можно выполнять в положении больного лежа на боку. При этом голову пациента разместить низко</p>	Размещение пациента в положении, удобном для проведения процедуры
2. Прикрыть грудь пациента водонепроницаемым фартуком ( клеёнкой)	Защищается одежда от загрязнения. Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Определить расстояние, на которое следует ввести зонд: от губ до мочки уха и вниз по передней брюшной стенке так, чтобы последнее отверстие зонда было ниже мечевидного отростка	Обеспечивается правильное введение зонда в желудок
4. Объяснить пациенту, что при введении зонда возможны тошнота и позывы на рвоту, которые можно подавить, если глубоко дышать через нос. Нельзя сдавливать просвет зонда зубами и выдергивать его	Предоставляется необходимая информация для успешного проведения процедуры и исключения неприятных ощущений
5. Хорошо обработать слепой конец зонда стерильным вазелиновым маслом или глицерином	Облегчается введение зонда. Предотвращаются неприятные ощущения и травмы слизистой оболочки носа
6. Встать справа от пациента. Предложить ему открыть рот, положить на корень языка слепой конец зонда, увлажненный дистиллированной или кипяченой водой. Примечание: в случае неадекватного поведения пациента (если зонд вводят с целью промывания желудка) следует использовать средства фиксации для рук и ног, голову фиксировать рукой; для удержания рта пациента открытым использовать роторасширитель	Облегчается проведение процедуры
7. Попросить пациента сделать несколько глотательных движений (если возможно), во время которых осторожно продвигать конец зонда в пищевод	Во время глотания надгортанник закрывает вход в трахею, одновременно открывает вход в пищевод
8. Продвигать зонд медленно и равномерно. Если встречается препятствие - остановиться и извлечь зонд. Повторить п. 9	Исключается опасность введения зонда в трахею
9. Продолжать введение зонда до нужной отметки в том случае, если он движется с небольшим сопротивлением	Значительное сопротивление при введении, рвота, цианоз, запотевание зонда (если зонд прозрачный) свидетельствуют о том, что зонд попал в трахею
10. Убедиться в том, что зонд правильно расположился в	Исключается опасность введения

желудке: ввести в желудок около 20 мл воздуха с помощью шприца Жане, выслушивая при этом эпигастральную область. Правильное положение зонда подтверждается также аспирацией большого объема жидкости	жидкости в трахею (во время промывания желудка, энтерального питания)
11. Продолжать процедуру, для выполнения которой был введен зонд	Обеспечивается возможность проведения процедуры, ради которой был введен зонд
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Снять перчатки, маску, положить в дезраствор. Провести гигиеническую обработку рук	Соблюдается инфекционная безопасность
2. Сделать запись о проведении процедуры и реакции на нее пациента в медицинскую документацию	Обеспечивается документирование процедуры и последовательность ухода

### 2.1.2. Введение назогастрального зонда (пациент может помогать медицинскому работнику, поведение адекватное)

#### Оснащение:

Стерильный желудочный зонд диаметром 0,5-0,8 см, полотенце, салфетки, шприц Жане емкостью 60 мл, фонендоскоп, стерильная вазелиновое масло или глицерин, лоток, медицинские перчатки, лейкопластырь (1x10 см), зажим, ножницы, заглушка для зонда, безопасная булавка, антисептик.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
2. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдаются права пациента
3. Подготовить оснащение	Обеспечивается быстрое и эффективное проведение процедуры.
3. Определить самый благоприятный способ введения зонда: прижать сначала одно крыло носа и попросить пациента дышать, затем повторить эти действия с другим крылом носа	Процедура позволяет определить наиболее проходную половину носа
4. Определить расстояние, на которое следует ввести зонд: от кончика носа до мочки уха и вниз по передней брюшной стенке так, чтобы последнее отверстие зонда было ниже мечевидного отростка	Обеспечивается правильное введение зонда в желудок
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Помочь пациенту принять высокое положение Фаулера	Создается физиологическое положение при глотании
2. Прикрыть грудь пациента полотенцем. Защищается одежда от загрязнения.	Соблюдается инфекционная безопасность

3. Надеть маску. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки	Соблюдается инфекционная безопасность
4. Хорошо обработать слепой конец зонда стерильным вазелиновым маслом или глицерином	Облегчается введение зонда. Предотвращаются неприятные ощущения и травмы слизистой оболочки носа
5. Попросить пациента немного запрокинуть голову	Обеспечивается возможность быстрого ввода зонда
6. Ввести зонд через нижний носовой ход на расстояние 15-18 см	Естественные изгибы носового хода облегчают проведение зонда
7. Попросить пациента повернуть голову в естественное положение	Обеспечивается возможность дальнейшего введения зонда
8. Дать пациенту стакан с водой и трубочкой для питья. Попросить пить маленькими глотками, глотая зонд. Можно добавить в воду кусочек льда	Облегчается прохождение зонда через ротоглотку. Уменьшается трение о слизистую оболочку. Во время глотания надгортанник закрывает вход в трахею, одновременно открывая вход в пищевод. Холодная вода уменьшает риск возникновения тошноты
9. Помогать пациенту глотать зонд, мягко продвигая его в глотку во время глотания	Уменьшается дискомфорт. Облегчается продвижение зонда
10. Убедиться, что пациент может ясно говорить и свободно дышать	Обеспечивается уверенность, что зонд в пищеводе
11. Убедиться в правильном местоположении зонда в желудке: ввести в желудок около 20 мл воздуха с помощью шприца Жане, выслушивая при этом эпигастральную область, или присоединить шприц к зонду: при аспирации в зонд должно поступать содержимое желудка	Обеспечивается возможность проведения процедуры. Подтверждается правильное положение зонда
12. В случае необходимости оставить зонд на длительное время: отрезать пластырь длиной 10 см, разрезать его в длину на 5 см пополам. Прикрепить лейкопластырь разрезанной частью к спинке носа. Обернуть каждой разрезанной полоской лейкопластыря зонд и закрепить полоски крест-накрест на спинке носа, избегая надавливания на крылья носа	Исключается соскальзывание зонда
13. Закрыть зонд заглушкой (если процедура, ради которой был введен зонд, будет выполняться позже) и прикрепить безопасной булавкой к одежде пациента на груди	Не допускается вытекание желудочного содержимого между кормлениями
14. Помочь пациенту принять удобное положение	Обеспечивается правильное положение тела

<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Снять перчатки, маску, положить в дезраствор. Провести гигиеническую обработку рук	Соблюдается инфекционная безопасность
2. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента в медицинскую документацию	Обеспечивается документирование процедуры
3. Промывать зонд каждые 4 ч в 15 мл кипяченной воды	Обеспечивается поддержка проходимости зонда

### 2.1.3. Промывание желудка толстым зондом

#### Оснащение:

Система для промывания желудка: два толстых стерильных желудочных зонда, соединенные стеклянной трубкой (слепой конец одного зонда срезан); стеклянная воронка емкостью 0,5-1 л, полотенце, салфетки, стерильные пробирки (банки) для промывных вод, емкость с кипяченой водой комнатной температуры (10 л), кружку, емкость для слива промывных вод, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук - 2 штуки, стерильное вазелиновое масло или глицерин, маска, водонепроницаемый мешок, антисептик

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
2. Получить согласие пациента	Соблюдаются права пациента
3. Надеть водонепроницаемые фартуки на себя и пациента	Защищается одежда от загрязнения
4. Надеть маску. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Ввести толстый желудочный зонд до установленной отметки (см. Протокол выполнения зондовых процедур 11, п.2.1.1.)	Обеспечивается возможность промывки желудка
2. Присоединить к зонду воронку, опустить ее до уровня желудка	Предупреждается выливание содержимого желудка
3. Держать воронку слегка наклонно на уровне желудка, налить в нее 1 л воды	При таком положении воронки вода не будет попадать в желудок
4. Медленно поднять воронку вверх на 1 м. Как только вода достигнет отверстия воронки, опустить воронку до уровня колен, не допуская выливания воды	По закону сообщающихся сосудов, вода поступит в желудок, а затем вновь в воронку
5. Повторить п. 5 дважды и вылить промывные воды в приготовленную стерильную посуду (если необходимо взять промывные воды на исследование).	Обеспечивается интенсивное перемешивание содержимого желудка с водой и взятия их для

Примечание: промывные воды берут на исследование по назначению врача. В случае подозрения на отравление прижигающими ядами берут первую порцию промывных вод	исследования
6. Повторять п. 4,5, но воду выливать в емкость для слива промывных вод (использовать подготовленные 10 л воды)	Обеспечивается промывание желудка
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Отсоединить и извлечь зонд из желудка, обернув его салфеткой	Предупреждается загрязнение одежды и рук
2. Погрузить загрязненные предметы в емкость с дезинфекционным раствором	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Снять фартуки, погрузить их в емкость с дезинфекционным раствором или в водонепроницаемый мешок	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Помочь пациенту умыться и принять удобное положение	Обеспечивается отдых после проведения процедуры
5. Снять перчатки, маску. Погрузить в дезраствор. Провести гигиеническую обработку рук	Соблюдается инфекционная безопасность
6. Написать направление и отправить пробирки с промывными водами в лабораторию. Остатки промывных вод после дезинфекции вылить в канализацию .	Соблюдается инфекционная безопасность
7. Сделать запись о проведении процедуры и реакции на нее пациента в соответствующей медицинской документации	Обеспечивается документирование процедуры

#### 2.1.4. Промывание желудка тонким зондом

##### Оснащение:

Тонкий желудочный зонд, полотенце, салфетки, стерильная емкость для промывных вод, емкость с кипяченой водой комнатной температуры (10 л), емкость для слива промывных вод, медицинские перчатки, маска, водонепроницаемый фартук - 2 штуки, стерильное вазелиновое масло или глицерин, шприц Жане емкостью 0,5 л, водонепроницаемый мешок.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
2. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдаются права пациента
3. Надеть водонепроницаемые фартуки на себя и пациента	Защищается одежда от загрязнения
4. Надеть маску. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.	Обеспечивается инфекционная безопасность

<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Ввести тонкий желудочный зонд через рот или нос (см. Протокол выполнения зондовых процедур 11, п. 2.1.1, 2.1.2)	Обеспечивается возможность промывания желудка
2. Присоединить к зонду шприц Жане и потянуть поршень немного на себя. Отсоединить шприц, вернув поршень в исходное положение	Подтверждением того, что зонд в желудке, будет поступление в шприц жидкости
3. Набрать в шприц воду. Присоединить шприц к зонду и ввести воду в желудок	Обеспечивается выполнение процедуры
4. Потянуть поршень шприца на себя, аспирируя введенную воду Примечание: в случае необходимости взять промывные воды на исследование	Обеспечивается удаление содержимого желудка
5. Отсоединить шприц от зонда и вылить содержимое в емкость для промывных вод	Обеспечивается промывание желудка
6. Повторять п. 4-6 до тех пор, пока не будет использована вся вода (10 л), приготовленная для промывания	Важно удалить не только содержимое желудка, но и токсины, выделяемые слизистой оболочкой желудка
7. После окончания процедуры отсоединить шприц Жане и извлечь зонд из желудка, обернув его салфеткой	Предупреждается загрязнение одежды и рук
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Погрузить использованное оборудование в емкость с дезинфицирующим раствором	Соблюдается инфекционная безопасность
2. Снять фартуки, положить их в емкость с дезинфицирующим раствором или в водонепроницаемый мешок	Соблюдается инфекционная безопасность
3. Помочь пациенту умыться и принять удобное положение	Обеспечивается необходимый отдых после процедуры
4. Снять перчатки, маску, погрузить в дезраствор. Провести гигиеническую обработку рук	Соблюдается инфекционная безопасность
5. Выписать направление и отправить емкость с промывными водами в лабораторию. Остатки промывных вод вылить в канализацию после дезинфекции	Соблюдается инфекционная безопасность
6. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента в соответствующей медицинской документации	Обеспечивается документирование процедуры

### **2.1.5. Взятие желудочного содержимого для исследования секреторной функции желудка (пациент может помогать медицинскому работнику, поведение адекватное)**

#### **Оснащение:**

Стерильный желудочный зонд диаметром 0,5-0,8 см, один из стимуляторов секреции, шприц для инъекции (если раздражитель парентеральный), спирт,

ватные шарики, медицинские перчатки, штатив с пробирками, шприц для забора желудочного содержимого (если нет вакуумной установки, предназначенной для этой цели), маска, антисептик, контейнер для транспортировки биоматериала.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b> 1. Объяснить пациенту ход процедуры и получить его согласие на проведение процедуры.	Обеспечиваются права пациента
2. Подготовить необходимое оснащение	Необходимое условие для проведения процедуры
3. Предложить пациенту правильно и удобно сесть: плотно прижаться к спинке стула и слегка наклонить голову вперед	Обеспечивается беспрепятственное введение зонда в ротоглотку
4. Положить полотенце на грудь и шею пациента	Исключается загрязнение одежды
5. Определить расстояние, на которое пациент должен проглотить зонд (от роста в см отнять 100)	Необходимое условие попадания зонда в желудок
6. Надеть перчатки, открыть пакет, вынуть из него зонд. Взять его правой рукой на расстоянии 10-15 см от слепого конца, а левой рукой поддерживать его свободный конец	Обеспечивается возможность проведения процедуры
<b>II. Выполнение процедуры</b> 1. Предложить пациенту открыть рот, положить слепой конец зонда на корень языка, а затем протолкнуть его глубже в глотку: пациент при этом должен делать активные глотательные движения по команде медработника, а слюну вытирать салфеткой. Примечание: если пациент закашлялся, немедленно вынуть зонд	Обеспечивается продвижение зонда в желудок до нужной метки при каждом глотательном движении (беспорядочные глотательные движения приводят к регургитации зонда). Слюна вязкая, ее трудно сплевывать. Появление кашля является признаком попадания зонда в дыхательные пути
2. Далее процедуру проводят различными методами. А. С использованием энтерального раздражителя: а) извлечь желудочное содержимое натошак (I порция); б) в течение 1 ч извлекать содержимое желудка, меняя пробирки каждые 15 мин (II, III, IV, V порции – базальная секреция); в) ввести через зонд энтеральный раздражитель, подогретый до 38 °С; г) через 10 мин удалить 20 мл (VI порция); д) через 15 мин извлечь весь остаток пробного завтрака (VII порция) или одномоментно через 25 мин. е) в течение 1 ч извлекать желудочное содержимое (4	Обеспечивается возможность получения различных фракций желудочного сока. VI-VII порции – остаток пробного завтрака – позволяют судить о моторную функцию желудка. Обеспечиваются более достоверные результаты определения секреции желудка

<p>порции – VIII, IX, X, XI), меняя пробирки каждые 15 мин</p> <p>Б. С использованием парентерального раздражителя:</p> <p>а) извлечь желудочное содержимое натошак (I порция);</p> <p>б) изъять II, III, IV, V порции базальной секреции в течение 1 часа каждые 15 мин;</p> <p>в) ввести подкожно раздражитель (по назначению врача);</p> <p>г) проводить дальнейшее удаление желудочного содержимого через 20-30 мин. В течение 1 часа каждые 15 мин (VI, VII, VIII, IX порции – стимулированная секреция).</p>	
<p><b>III. Окончание процедуры</b></p> <p>1. Вынуть зонд медленными постепенными движениями, протирая его салфеткой</p>	<p>Обеспечивается механическая очистка зонда.</p> <p>Предупреждается загрязнение одежды и рук</p>
<p>2. Поместить зонд в дезинфицирующий раствор</p>	<p>Соблюдается инфекционная безопасность</p>
<p>11. Снять перчатки, маску, погрузить в дезраствор. Провести гигиеническую обработку рук</p>	<p>Соблюдается инфекционная безопасность</p>
<p>3. Сделать запись в журнале учета процедур</p>	<p>Обеспечивается документирование процедуры</p>
<p>4. Доставить в лабораторию все полученные порции с указанием на бланке отделения, фамилии, имени и отчества пациента</p>	<p>Обеспечивается достоверность полученной информации</p>

### 2.1.6. Дуоденальное зондирование (фракционный способ)

#### Оснащение:

Стерильный дуоденальный зонд, штатив с пробирками, стимулятор для желчного пузыря (по назначению врача), шприц для аспирации, шприц Жане, шприц для инъекции, грелка, валик, медицинские перчатки, антисептик, контейнер для транспортировки биоматериала.

Этапы	Обоснования
<p><b>I. Подготовка к процедуре</b></p> <p>1. Объяснить пациенту ход процедуры и получить его согласие на проведение процедуры</p>	<p>Обеспечиваются права пациента</p>
<p>2. Подготовить необходимое оснащение. Промаркировать пробирки</p>	<p>Обеспечивается проведение процедуры</p>
<p>3. Определить расстояние, на которое пациент должен проглотить зонд. Зонд имеет три метки: первая – на расстоянии 40-45 см от оливы и соответствует размещению оливы в кардиальной части желудка, вторая – 70 см, соответствует расстоянию от резцов до привратника, третья – 80-90 см – расстояния от резцов до места впадения общего желчного протока в</p>	<p>Обеспечивается попадание зонда в желудок и двенадцатиперстную кишку</p>

двенадцатиперстную кишку	
4. Предложить пациенту сесть на стул или кушетку Положить полотенце на грудь и шею пациента	Положение, необходимое для ввода зонда. Защищается одежду от загрязнения
5. Надеть маску. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность.
6. Взять зонд на расстоянии 10-15 см от оливы, а левой рукой поддерживать его свободный конец	Обеспечивается проведение процедуры
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Предложить пациенту открыть рот, положить на корень языка, а затем продвинуть зонд глубже в глотку. Пациент должен при этом делать активные глотательные движения. При каждом глотательном движении зонд будет проходить в желудок до нужной метки	Исключается скручивание зонда. Обеспечивается прохождение зонда по пищеводу
2. Чтобы проверить местонахождение зонда, к нему присоединяют шприц. Если при аспирации в шприц поступает мутноватая жидкость желтого цвета, олива в желудке, если нет - подтянуть зонд к себе и предложить проглотить его еще раз	Если жидкость не поступает в шприц, значит, зонд свернулся в пищеводе. Попадание зонда в желудок - необходимое условие продолжения процедуры
3. Если зонд в желудке - положить пациента на правый бок, подложить под таз валик или свернутое одеяло, а под правое подреберье - теплую грелку.	В таком положении пациент продолжает медленно заглатывать зонд до 2-й метки (70 см). Продолжительность заглатывания - 40-60 мин В таком положении облегчается продвижение зонда до привратника. Глотание приводит к тому, что зонд часто скручивается в желудке и в конечном итоге продолжительность исследования увеличивается
4. После заглатывания зонда до 3-й метки (80-90 см) опустить его свободный конец в пробирку. Примечание: штатив с пробирками устанавливается ниже кушетки	Это свидетельствует, что зонд находится в двенадцатиперстной кишке
5. При наличии оливы в двенадцатиперстной кишке в пробирку поступает золотисто-желтая жидкость – дуоденальная желчь - порция А. За 20-30 мин поступает 25-40 мл этой порции (2-3 пробирки). Примечание: если жидкость не поступает в пробирку, нужно проверить местонахождение зонда с помощью введения в него шприцем воздуха: если зонд в двенадцатиперстной кишке, то введение воздуха не	Цвет порции А обусловлен смесью желчи, секрета поджелудочной железы и кишечного сока. При наличии примесей желудочного сока порция А становится мутной

сопровождается никакими звуковыми эффектами; если зонд все еще в желудке - при введении воздуха отмечаются характерные клокочащие звуки	
6. После получения порции А ввести в зонд с помощью шприца Жане стимулятор желчного пузыря (25-40 мл 33% раствора магния сульфата или 30-40 мл 10% раствора сорбита) или желчегонное средство гормональной природы, например холецистокинин - 75 ЕД внутримышечно	Побочное действие магния сульфата - послабляющий эффект. Обеспечивается освобождение желчного пузыря и получение порции В
7. Переместить конец зонда в следующую пробирку	Обеспечивается последовательность выполнения процедуры
8. Через 10-15 мин после введения стимулятора в пробирку начинает поступать порция В - пузырьная желчь. Продолжительность получения порции В: за 20-30 мин - 30-60 мл желчи (4-6 пробирок). Примечание: для своевременного выявления порции С внимательно следить за цветом желчи при получении порции В: в случае появления жидкости светлого цвета переместить зонд в другую пробирку. Обозначить порции	Цвет пузырьной желчи коричневый или оливковый, а в случае застоя желчи - темно-зеленый. Если концентрационная функция желчного пузыря слабая, не всегда удается отличить по цвету порции А и В
9. Переместить зонд в следующую пробирку для получения порции С: за 20-30 мин - 15-20 мл желчи (1-2 пробирки)	Цвет печеночной желчи светлее, золотисто-желтый
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Вынуть зонд медленными постепенными движениями, протирая его салфеткой	Обеспечивается механическая очистка зонда
2. Поместить зонд в дезинфицирующий раствор	Соблюдается инфекционная безопасность
3. Снять перчатки, маску, погрузить в дезраствор. Провести гигиеническую обработку рук	Соблюдается инфекционная безопасность
4. Сделать запись в журнале учета процедур	Обеспечивается документирование процедуры
5. Доставить в лабораторию с направлением, отметив отделение, фамилию, имя и отчество пациента	Обеспечивается достоверность полученной информации

### **3. Симптомы и ситуации, при возникновении которых необходимо немедленно сообщить врачу:**

- 3.1. Резкое ухудшение состояния пациента.
- 3.2. Отказ пациента от процедуры.

### **4. Ресурсное обеспечение выполнения протокола**

**Оснащение:**

4.1. Стерильный желудочный зонд, шприц Жане емкостью 60 мл, полотенце, салфетки, фонендоскоп, стерильный глицерин или вазелиновое масло, лоток, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, клеёнка.

4.2. Стерильный желудочный зонд диаметром 0,5-0,8 см, полотенце, салфетки, шприц Жане емкостью 60 мл, фонендоскоп, стерильная вазелиновое масло или глицерин, лоток, чистые перчатки, лейкопластырь (1x10 см), зажим, ножницы, заглушка для зонда, безопасная булавка.

4.3. Система для промывания желудка: два толстых стерильных желудочных зонда, соединенные стеклянной трубкой (слепой конец одного зонда срезан); стеклянная воронка емкостью 0,5-1 л, полотенце, салфетки, стерильные пробирки (банки) для промывных вод, емкость с кипяченой водой комнатной температуры (10 л), кружку, емкость для слива промывных вод, перчатки, водонепроницаемый фартук - 2 штуки, стерильное вазелиновое масло или глицерин, водонепроницаемый мешок.

4.4. Тонкий желудочный зонд, полотенце, салфетки, стерильная емкость для промывных вод, емкость с кипяченой водой комнатной температуры (10 л), емкость для слива промывных вод, перчатки, водонепроницаемый фартук - 2 штуки, стерильное вазелиновое масло или глицерин, шприц Жане емкостью 0,5 л, водонепроницаемый мешок.

4.5. Стерильный желудочный зонд диаметром 0,5-0,8 см, один из стимуляторов секреции, шприц для инъекции (если раздражитель парентеральный), спирт, ватные шарики, перчатки, штатив с пробирками, шприц для забора желудочного содержимого (если нет вакуумной установки, предназначенной для этой цели).

4.6. Стерильный дуоденальный зонд, штатив с пробирками, стимулятор для желчного пузыря (25-40 мл 33 % магния сульфата, 10% раствора сорбита или холецистокинин), шприц для аспирации, шприц Жане, шприц для инъекции (если используется холецистокинин), грелка, валик, перчатки.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 422 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 Лечебное дело».
2. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 595 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.02 Акушерское дело».

3. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 593 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело».
4. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 23.09.2015 № 561 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 19.01.02 Лаборант-аналитик».
5. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 423 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.03 Лабораторная диагностика».
6. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 24.08.2015 № 421 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 32.02.01 Медико-профилактическое дело».
7. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 04.06.2015 № 01.1/57 «Об утверждении номенклатуры должностей и специальностей медицинских и фармацевтических работников».
8. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.06.2015 № 282 «Об утверждении перечня профессий рабочих, должностей служащих, по которым осуществляется профессиональное обучение».
9. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08.12.2015 № 012.1\628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики».
10. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 20.08.2015 № 012.1\286 «Об утверждении порядка дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него».
11. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.08.15 № 012.1/285 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в отдельных учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
12. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 21.12.15 № 012.1/670 «Об утверждении основных документов по вопросам контроля качества оказания медицинской помощи».

13. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.11.15 № 012.1/599 «Об утверждении форм первичной учетной документации, которые используются в лабораториях и других учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
14. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 12.03.15 № 312 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
15. Приказ МЗ Украины от 21.09.10 г. №798 «Об утверждении методических рекомендаций» «Хирургическая и гигиеническая обработка рук медицинского персонала».
16. Губенко И.Я., Шевченко А.Т., Бразалий Л.П., Апшай В.Г. Медсестринский уход за пациентом: Стандарты медсестринских процедур, манипуляций и планов ухода и обучения: уч.пособие. – К.: Медицина, 2008.
17. Касевич Н.Н. Основы медсестринства в модулях: уч.пособие. – К.: Медицина, 2009.
18. Касевич Н.М. Общий уход за больными и медицинская манипуляционная техника: учебник. – К.: Медицина, 2008. – 424 с.
19. Ковальчук Л.М. Учебное пособие по хирургии в модулях - К.: «Медицина», 2009.
20. Основы сестринского дела: Алгоритмы манипуляций: учебное пособие Н.В. Широкова и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

И.о. министра



А.А. Оприщенко

ОДОБРЕНО

Экспертным советом по  
стандартизации медицинской  
помощи в системе Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
08.09.2016 протокол № 3

УТВЕРЖДЕН  
Приказом Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
28.12.2016 № 1555

## **ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ (ФЕЛЬДШЕРА, АКУШЕРКИ) ПО КАТЕТЕРИЗАЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

### **Паспортная часть**

**1.1. Проблема, связанная со здоровьем:** необходимость проведение катетеризации мочевого пузыря.

**1.2. Код по МКБ-10:** Не определяется.

**1.3. Цель протокола:** Информационное обеспечение проведения катетеризации мочевого пузыря медицинской сестрой (фельдшером, акушеркой).

**1.4. Дата составления протокола:** март 2016

**1.5. Дата пересмотра протокола:** март 2019

**1.6. Список и контактная информация лиц, которые участвовали в разработке протокола:**

Составители	Учреждения-разработчики
Шумеева Александра Аркадьевна (председатель рабочей группы), специалист I категории отдела оказания медицинской помощи взрослому населению	Отдел оказания медицинской помощи взрослому населению МЗ ДНР
Ежикова Татьяна Витальевна (заместитель председателя рабочей группы), заместитель главного врача по медсестринству	КУ «ГБ № 2 г. Горловка»
Белецкая Елена Викторовна, заведующий отделением специальности «Сестринское дело»	Горловский медицинский колледж Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
Андрюхова Людмила Владимировна, преподаватель высшей квалификационной категории, преподаватель-методист	

Левитан Ирина Анатольевна, заведующий учебно- производственной практикой, преподаватель высшей квалификационной категории	
Черепанова Лариса Владимировна, главная медсестра	ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 6 г. Макеевки
Доля Лиля Олеговна, заместитель главного врача по медсестринству	Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака МЗ ДНР
Патрикеева Вера Владиславовна, главная медсестра	Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение МЗ ДНР

**1.7. Актуальность проблемы:** необходимость унификации проведения катетеризации мочевого пузыря и ухода за промежностью пациента (пациентки) с мочевым катетером.

## 2. Общая часть.

2.1. Для всех учреждений здравоохранения.

2.1.1. Катетеризация мочевого пузыря мужчины резиновым катетером, в том числе катетером Фолея.

2.1.2. Катетеризация мочевого пузыря женщины резиновым катетером, в том числе катетером Фолея.

2.1.3. Освобождение дренажного мешка от мочи.

2.1.4. Уход за промежностью пациента (пациентки) с мочевым катетером.

### 2.1.1. Катетеризация мочевого пузыря мужчины резиновым катетером, в том числе катетером Фолея

#### Оснащение:

Стерильный катетер, перчатки - 2 пары (стерильные и нестерильные), стерильные салфетки (средние - 4 штуки, малые - 2 штуки), клеенка, пленка, стерильная вазелиновое масло, шприц с 10 мл изотонического раствора натрия хлорида, антисептический раствор, емкость для сбора мочи, антисептик.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
2. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдаются права пациента
3. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечивается проведение процедуры
4. Помочь пациенту занять необходимое для процедуры положение: лежа на спине или полусидя с разведенными ногами	Обеспечивается необходимое условие для проведения процедуры

5. Подстелить под таз пациента клеенку и пеленку	Соблюдается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки. Провести гигиеническую обработку промежности, наружного отверстия мочеиспускательного канала. Снять перчатки погрузить в дезраствор.	Соблюдается инфекционная безопасность
2. Надеть стерильные перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность
3. Обернуть половой член стерильными салфетками	Соблюдается инфекционная безопасность
4. Оттянуть крайнюю плоть полового члена (если она имеется), захватить половой член сбоку левой рукой (если вы правша) и вытянуть его на максимальную длину перпендикулярно поверхности тела	Выравнивается передний отдел мочеиспускательного канала
5. Правой рукой обработать головку полового члена салфеткой, смоченной в антисептическом растворе	Соблюдается инфекционная безопасность
6. Попросить помощника вскрыть упаковку с катетером. Извлечь катетер из упаковки: держать его на расстоянии 2 см от бокового отверстия стерильным пинцетом, наружный конец катетера держать IV и V пальцами	Обеспечивается правильное выполнение процедуры
7. Выполнение процедуры Попросить помощника смазать катетер стерильным вазелиновым маслом	Обеспечивается облегчения введения катетера. Исключается травма слизистой оболочки мочеиспускательного канала
8. Продвигать катетер в мочеиспускательный канал, прилагая небольшое равномерное усилие, пока катетер не достигнет мочевого пузыря и не появится моча. Примечание: если во время продвижения катетера появляется препятствие, следует прекратить процедуру	При наличии обструкции на пути катетера процедуру катетеризации выполняет врач
9. Наполнить баллон катетера Фолея 10 мл изотонического раствора. Примечание: если моча не появилась, перед наполнением баллона попробовать ввести жидкость через катетер, чтобы убедиться в том, что он расположен правильно	Обеспечивается фиксация катетера
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Вернуть на место крайнюю плоть. Соединить катетер с сосудом для сбора мочи (опустить катетер в мочеприемник). Прикрепить трубку катетера Фолея пластырем к бедру	Обеспечивается свободный отток мочи
2. Убедиться, что трубки, соединяющие катетер Фолея и емкость для сбора мочи, не имеют перегибов	Исключается нарушение оттока мочи
3. Собрать салфетки, снять с кровати клеенку и пеленку и провести дезинфекцию.	Соблюдается инфекционная безопасность

4. Снять перчатки, маску, поместить в дезраствор. Провести гигиеническую обработку рук.	Соблюдается инфекционная безопасность
5. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции пациента на нее в соответствующей медицинской документации	Обеспечивается документирование процедуры

### 2.1.2. Катетеризация мочевого пузыря женщины резиновым катетером, в том числе катетером Фолея

#### Оснащение:

Стерильный катетер, перчатки - 2 пары (стерильные и нестерильные), стерильные салфетки (средние - 4 штуки, малые - 2 штуки), клеенка, пеленка, стерильная вазелиновое масло, шприц с 10 мл изотонического раствора натрия хлорида, антисептический раствор, емкость для сбора мочи.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациентке суть и ход процедуры	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
2. Получить согласие пациентки на проведение процедуры	Соблюдаются права пациента
3. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечивается проведение процедуры
4. Помочь пациентке занять необходимое для процедуры положение: лежа на спине с разведенными ногами	Обеспечивается необходимое условие для проведения процедуры
5. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность
6. Провести гигиеническую обработку наружных половых органов, промежности.	Соблюдается инфекционная безопасность
7. Снять перчатки и положить их в емкость с дезинфекционным раствором	Соблюдается инфекционная безопасность
8. Надеть стерильные перчатки	Соблюдается инфекционная безопасность
9. Обложить стерильными салфетками вход во влагалище	Соблюдается инфекционная безопасность
10. Развести левой рукой (если вы правша) малые половые губы. Правой рукой взять малую салфетку, смоченную раствором антисептика, и обработать ею вход в мочеиспускательный канал	Соблюдается инфекционная безопасность
11. Попросить помощника вскрыть упаковку с катетером. Извлечь катетер из упаковки: держать его на расстоянии 1-2 см от бокового отверстия стерильным пинцетом, наружный конец катетера держать IV и V пальцами	Соблюдается инфекционная безопасность

<p><b>II. Выполнение процедуры</b></p> <p>1. Попросить помощника смазать катетер стерильным вазелиновым маслом</p>	<p>Обеспечивается облегчения введения катетера. Исключается травма слизистой оболочки</p>
<p>2. Ввести катетер в отверстие мочеиспускательного канала на 4-6 см или до появления мочи. Примечание: если вход в уретру хорошо не определяется, нужна консультация врача</p>	<p>Вход в уретру может быть нечетко определенным вследствие атрофии влагалища, врожденной женской гипоспадии</p>
<p>3. Наполнить баллон катетера Фолея 10 мл изотонического раствора натрия хлорида</p>	<p>Обеспечивается фиксация катетера</p>
<p><b>III. Окончание процедуры</b></p> <p>1. Соединить постоянный катетер с дренажным мешком. Убедиться, что трубки не перегибаются. Прикрепить трубку катетера Фолея к бедру лейкопластырем</p>	<p>Обеспечивается постоянный отток мочи</p>
<p>2. Собрать салфетки, снять с кровати клеенку и провести дезинфекцию.</p>	<p>Соблюдается инфекционная безопасность</p>
<p>3. Снять перчатки, маску, погрузить в дезраствор. Провести гигиеническую обработку рук</p>	<p>Соблюдается инфекционная безопасность</p>
<p>4. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в листке врачебных назначений. Примечание: Освобождение дренажного мешка от мочи уход за промежностью и постоянным катетером осуществлять согласно Протоколу с катетеризации мочевого пузыря 11, п. 2.1.3, 2.1.4</p>	<p>Обеспечивается документирование процедуры</p>

### 2.1.3. Освобождение дренажного мешка от мочи

#### Оснащение:

Медицинские перчатки, мерная емкость для сбора и измерения количества мочи, тампон со спиртом, ёмкость для отходов.

Этапы	Обоснование
<p><b>I. Подготовка к процедуре</b></p> <p>1. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки</p>	<p>Соблюдается инфекционная безопасность</p>
<p>2. Поместить мерную емкость под отводной трубкой дренажного мешка</p>	<p>Предупреждается загрязнение мочой окружающей среды</p>
<p><b>II. Выполнение процедуры</b></p> <p>1. Освободить отводную трубку от держателя; открыть зажим трубки, слить мочу в мерный сосуд. Примечание: присесть на пол на корточки, но не нагибаться вперед</p>	<p>Обеспечивается измерение диуреза. Обеспечивается правильное положение тела.</p>
<p>2. Закрывать зажим. Протереть конец отводной трубки тампоном смоченным спиртом. Закрепить отводную трубку в держателе</p>	<p>Соблюдается инфекционная безопасность</p>

<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Убедиться, что трубки, соединяющие катетер и дренажный мешок, не перегнуты	Исключается нарушение оттока мочи
2. Снять перчатки, погрузить в дезраствор	Придерживается инфекционная безопасность
3. Провести гигиеническую обработку рук	Придерживается инфекционная безопасность
4. Сделать запись о количестве мочи, время ее измерения, цвет, запах и прозрачность в соответствующей медицинской документации	Обеспечивается динамическое наблюдение и последовательность ухода. Обеспечивается документирование процедуры

#### 2.1.4. Уход за промежностью пациента (пациентки) с мочевым катетером

##### Оснащение:

Махровые варежки, полотенце, медицинские перчатки, клеенка и пеленка, сосуд для воды, ватные тампоны, ёмкость с дезраствором.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры и получить согласие на ее проведение	Обеспечиваются права пациента
2. Вымыть и высушить руки, надеть перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность
3. Опустить изголовье кровати	Обеспечивается правильное положение тела
4. Попросить пациента (помочь ему, если необходимо) принять нужное положение: на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами. Подложить под пациента (пациентку) клеенку и пеленку	Необходимое условие для проведения процедуры
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Провести гигиеническое подмывание промежности по принятой методике (см. Протокол по оказанию помощи пациенту в поддержании личной гигиены 3, п.2.1.8-2.1.11.)	Соблюдается инфекционная безопасность
2. Вымыть ватными тампонами, а затем высушить 10 см катетера, начиная с того места, где он выходит из мочеиспускательного канала	Соблюдается инфекционная безопасность
3. Осмотреть область уретры вокруг катетера: убедиться, что моча не подтекает	Соблюдается инфекционная безопасность
4. Осмотреть кожу промежности на наличие инфекции (гиперемия, отек, мацерация кожи, гнойное отделяемое)	Обеспечивается ранняя диагностика инфицирования мочевых путей
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Убедиться, что трубка катетера приклеена пластырем к	Исключается опасность

бедру и не натянута	вытягивания катетера
2. Убедиться, что дренажный мешок прикреплен к кровати	Исключается опасность отсоединения, падения мешка и выливания мочи
3. Снять с кровати клеенку и пеленку, погрузить в дезраствор.	Придерживается инфекция и безопасность
4. Снять перчатки. Провести гигиеническую обработку рук	Соблюдается инфекционная безопасность
5. Сделать запись о выполненной процедуре в соответствующей медицинской документации. Доложить врачу о признаках воспаления в области промежности (если они есть)	Обеспечивается документирование процедуры Обеспечивается динамическое наблюдения и последовательность ухода

### **3. Симптомы и ситуации, при возникновении которых необходимо немедленно сообщить врачу:**

- 3.1. Резкое ухудшение состояния пациента.
- 3.2. Проблемы/трудности при выполнении процедуры.
- 3.3. Отказ пациента от процедуры.

### **4. Ресурсное обеспечение выполнения протокола**

#### **Оснащение:**

- 4.1. Стерильный катетер, перчатки - 2 пары (стерильные и нестерильные), стерильные салфетки (средние - 4 штуки, малые - 2 штуки), клеенка, пеленка, стерильная вазелиновое масло, шприц с 10 мл изотонического раствора натрия хлорида, антисептический раствор, емкость для сбора мочи.
- 4.2. Стерильный катетер, перчатки - 2 пары (стерильные и нестерильные), стерильные салфетки (средние - 4 штуки, малые - 2 штуки), клеенка, пеленка, стерильная вазелиновое масло, шприц с 10 мл изотонического раствора натрия хлорида, антисептический раствор, емкость для сбора мочи.
- 4.3. Медицинские перчатки, мерная емкость для сбора и измерения количества мочи, тампон со спиртом, ёмкость для отходов.
- 4.4. Махровые варежки, полотенце, медицинские перчатки, клеенка и пеленка, сосуд для воды, ватные тампоны, ёмкость с дезраствором.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 422 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 Лечебное дело».

2. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 595 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.02 Акушерское дело».
3. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 593 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело».
4. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 23.09.2015 № 561 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 19.01.02 Лаборант-аналитик».
5. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 423 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.03 Лабораторная диагностика».
6. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 24.08.2015 № 421 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 32.02.01 Медико-профилактическое дело».
7. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 04.06.2015 № 01.1/57 «Об утверждении номенклатуры должностей и специальностей медицинских и фармацевтических работников».
8. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.06.2015 № 282 «Об утверждении перечня профессий рабочих, должностей служащих, по которым осуществляется профессиональное обучение».
9. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08.12.2015 № 012.1\628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики».
10. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 20.08.2015 № 012.1\286 «Об утверждении порядка дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него».
11. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.08.15 № 012.1/285 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в отдельных учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы

- собственности и ведомственной подчиненности».
12. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 21.12.15 № 012.1/670 «Об утверждении основных документов по вопросам контроля качества оказания медицинской помощи».
  13. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.11.15 № 012.1/599 «Об утверждении форм первичной учетной документации, которые используются в лабораториях и других учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
  14. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 12.03.15 № 312 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
  15. Приказ МЗ Украины от 21.09.10 г. №798 «Об утверждении методических рекомендаций» «Хирургическая и гигиеническая обработка рук медицинского персонала».
  16. Губенко И.Я., Шевченко А.Т., Бразалий Л.П., Апшай В.Г. Медсестринский уход за пациентом: Стандарты медсестринских процедур, манипуляций и планов ухода и обучения: уч. пособие. – К.: Медицина, 2008.
  17. Касевич Н.Н. Основы медсестринства в модулях: уч. пособие. – К.: Медицина, 2009.
  18. Касевич Н.М. Общий уход за больными и медицинская манипуляционная техника: учебник. – К.: Медицина, 2008. – 424 с.
  19. Ковальчук Л.М. Учебное пособие по хирургии в модулях - К.: «Медицина», 2009.
  20. Основы сестринского дела: Алгоритмы манипуляций: учебное пособие Н.В. Широкова и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

И.о. министра



А.А. Оприщенко

ОДОБРЕНО

Экспертным советом по  
стандартизации медицинской  
помощи в системе Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
08.09.2016 протокол № 3



УТВЕРЖДЕН  
Приказом Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
28.12.2016 № 1555

## ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ (ФЕЛЬДШЕРА, АКУШЕРКИ) ПО ПРИМЕНЕНИЮ ГАЗООТВОДНОЙ ТРУБКИ

### 1. Паспортная часть

**1.1. Проблема, связанная со здоровьем:** необходимость постановки газоотводной трубки.

**1.2. Код по МКБ-10:** Не определяется.

**1.3. Цель протокола:** Информационное обеспечение постановки газоотводной трубки медицинской сестрой (фельдшером, акушеркой).

**1.4. Дата составления протокола:** март 2016

**1.5. Дата пересмотра протокола:** март 2019

**1.6. Список и контактная информация лиц, которые участвовали в разработке протокола:**

Составители	Учреждения-разработчики
Шумеева Александра Аркадьевна (председатель рабочей группы), специалист I категории отдела оказания медицинской помощи взрослому населению	Отдел оказания медицинской помощи взрослому населению МЗ ДНР
Ежикова Татьяна Витальевна (заместитель председателя рабочей группы), заместитель главного врача по медсестринству	КУ «ГБ № 2 г. Горловка»
Белецкая Елена Викторовна, заведующий отделением специальности «Сестринское дело»	Горловский медицинский колледж Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
Андрюхова Людмила Владимировна, преподаватель высшей квалификационной категории, преподаватель-методист	

Левитан Ирина Анатольевна, заведующий учебно- производственной практикой, преподаватель высшей квалификационной категории	
Черепанова Лариса Владимировна, главная медсестра	ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 6 г. Макеевки
Доля Лиля Олеговна, заместитель главного врача по медсестринству	Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака МЗ ДНР
Патрикеева Вера Владиславовна, главная медсестра	Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение МЗ ДНР

**1.7. Актуальность проблемы:** необходимость унификации применения газоотводной трубки.

## 2. Общая часть.

2.1. Для всех учреждений здравоохранения.

2.1.1. Применение газоотводной трубки.

### 2.1.1. Применение газоотводной трубки

#### Оснащение:

Стерильная газоотводная трубка (в упаковке); вазелин, шпатель, судно (если процедура выполняется в постели); туалетная бумага, медицинские перчатки – 2 пары, маска, ширма (если процедура выполняется в многоместной палате); емкость с дезраствором.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту суть и ход предстоящей процедуры и получить согласие пациента на ее проведение	Пациент поощряется к сотрудничеству. Соблюдаются права пациента.
2. Отгородить пациента ширмой (если процедура выполняется в многоместной палате)	Обеспечивается интимность выполнения процедуры
3. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечиваются необходимые условия для проведения процедуры
4. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки, маску.	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Предложить или помочь пациенту лечь на левый бок с согнутыми и приведенными к животу ногами. Примечание: если пациенту противопоказано положение на левом боку, газоотводную трубку ставить в положении пациента лежа на спине с согнутыми в коленях и	В связи с анатомической особенностью расположения прямой и сигмовидной кишок облегчается ввод газоотводной трубки

разведенными ногами	
2. Положить под ягодицы пациента клеенку, а на нее пеленку	Исключается загрязнение постельного белья, обеспечивается инфекционная безопасность
3. Поставить на пеленку рядом с пациентом судно с небольшим количеством воды	В дальнейшем свободный конец трубки будет опущен в судно
4. Шпателем взять небольшое количество вазелина и смазать им 20-30 см от закругленного конца трубки	Облегчается ввод газоотводной трубки в кишку. Предотвращается возникновение неприятных ощущений и травмы слизистой оболочки
5. Перегнуть трубку, зажать ее свободный конец между IV и V пальцами правой руки, закругленный конец взять как ручку	Исключается вытекание содержимого кишечника во время введения трубки. Обеспечивается инфекционная безопасность
6. Раздвинуть ягодицы I и II пальцами левой руки, правой рукой ввести газоотводную трубку в прямую кишку на глубину 20-30 см	Обеспечивается свободное продвижение трубки
7. Опустить свободный конец трубки в судно (продолжительность процедуры 1-2 часа.) В случае необходимости длительного применения можно повторять процедуру через 1 час. Примечание: в некоторых случаях пациент может ходить с введенной газоотводной трубкой, тогда свободный конец трубки обернуть увлажненной пеленкой/памперсом	Возможно выделение вместе с газами жидких каловых масс. Предупреждается возникновение пролежней слизистой оболочки кишки. Активность способствует увеличению моторной функции кишечника
8. Снять перчатки, маску, погрузить в дезраствор. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Надеть перчатки, извлечь трубку и бросить ее в судно. Обтереть задний проход пациента туалетной бумагой в направлении спереди назад (у женщин)	Предотвращение инфицирования мочевыводящих путей
2. Убрать клеенку и пеленку, снять перчатки, Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Укрыть пациента одеялом, помочь ему принять удобное положение. Забрать ширму	Обеспечивается комфорт
4. Погрузить использованное оборудование в дезинфицирующий раствор	Обеспечивается инфекционная безопасность
5. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в медицинскую документацию	Обеспечивается документирование процедуры и последовательность ухода

### **3. Симптомы и ситуации, при возникновении которых необходимо немедленно сообщить врачу:**

- 3.1. Резкое ухудшение состояния пациента.
- 3.2. Отказ пациента от проведения процедуры.

### **4. Ресурсное обеспечение выполнения протокола**

#### **Оснащение:**

4.1. Стерильная газоотводная трубка (в упаковке); вазелин, шпатель, судно (если процедура выполняется в постели); туалетная бумага, медицинские перчатки – 2 пары, маска, ширма (если процедура выполняется в многоместной палате), ёмкость с дезраствором.

## **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 422 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 Лечебное дело».
2. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 595 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.02 Акушерское дело».
3. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 593 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело».
4. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 23.09.2015 № 561 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 19.01.02 Лаборант-аналитик».
5. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 423 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.03 Лабораторная диагностика».
6. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 24.08.2015 № 421 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 32.02.01 Медико-профилактическое дело».

7. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 04.06.2015 № 01.1/57 «Об утверждении номенклатуры должностей и специальностей медицинских и фармацевтических работников».
8. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.06.2015 № 282 «Об утверждении перечня профессий рабочих, должностей служащих, по которым осуществляется профессиональное обучение».
9. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08.12.2015 № 012.1\628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики».
10. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 20.08.2015 № 012.1\286 «Об утверждении порядка дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него».
11. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.08.15 № 012.1/285 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в отдельных учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
12. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 21.12.15 № 012.1/670 «Об утверждении основных документов по вопросам контроля качества оказания медицинской помощи».
13. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.11.15 № 012.1/599 «Об утверждении форм первичной учетной документации, которые используются в лабораториях и других учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
14. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 12.03.15 № 312 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
15. Приказ МЗ Украины от 21.09.10 г. №798 «Об утверждении методических рекомендаций» «Хирургическая и гигиеническая обработка рук медицинского персонала».
16. Губенко И.Я., Шевченко А.Т., Бразалий Л.П., Апшай В.Г. Медсестринский уход за пациентом: Стандарты медсестринских процедур, манипуляций и планов ухода и обучения: уч.пособие. – К.: Медицина, 2008.

- 17.Касевич Н.Н. Основы медсестринства в модулях: уч.пособие. – К.: Медицина, 2009.
- 18.Касевич Н.М. Общий уход за больными и медицинская манипуляционная техника: учебник. – К.: Медицина, 2008. – 424 с.
- 19.Ковальчук Л.М. Учебное пособие по хирургии в модулях - К.: «Медицина», 2009.
- 20.Основы сестринского дела: Алгоритмы манипуляций: учебное пособие Н.В. Широкова и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

И.о. министра



А.А. Оприщенко

ОДОБРЕНО  
Экспертным советом по  
стандартизации медицинской  
помощи в системе Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
08.09.2016 протокол № 3

УТВЕРЖДЕН  
Приказом Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
28.12.2016 № 1555

## **ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ (ФЕЛЬДШЕРА, АКУШЕРКИ) ПО ПОСТАНОВКЕ КЛИЗМ**

### **1. Паспортная часть**

**1.1. Проблема, связанная со здоровьем:** необходимость постановки клизм.

**1.2. Код по МКБ-10:** Не определяется.

**1.3. Цель протокола:** Информационное обеспечение постановки клизм медицинской сестрой (фельдшером, акушеркой).

**1.4. Дата составления протокола:** март 2016

**1.5. Дата пересмотра протокола:** март 2019

**1.6. Список и контактная информация лиц, которые участвовали в разработке протокола:**

Составители	Учреждения-разработчики
Шумеева Александра Аркадьевна (председатель рабочей группы), специалист I категории отдела оказания медицинской помощи взрослому населению	Отдел оказания медицинской помощи взрослому населению МЗ ДНР
Ежикова Татьяна Витальевна (заместитель председателя рабочей группы), заместитель главного врача по медсестринству	КУ «ГБ № 2 г. Горловка»
Белецкая Елена Викторовна, заведующий отделением специальности «Сестринское дело»	Горловский медицинский колледж Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
Андрюхова Людмила Владимировна, преподаватель высшей квалификационной категории, преподаватель-методист	
Левитан Ирина Анатольевна, заведующий учебно- производственной практикой, преподаватель высшей	

квалификационной категории	
Черепанова Лариса Владимировна, главная медсестра	ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 6 г. Макеевки
Доля Лиля Олеговна, заместитель главного врача по медсестринству	Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака МЗ ДНР
Патрикеева Вера Владиславовна, главная медсестра	Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение МЗ ДНР

### 1.7. Актуальность проблемы: необходимость унификации постановки клизм.

## 2. Общая часть.

2.1. Для всех учреждений здравоохранения.

2.1.1. Клизма очистительная.

2.1.2. Клизма гипертоническая.

2.1.3. Клизма слабительная (масляная).

2.1.4. Клизма сифонная (выполняется вдвоем).

2.1.5. Клизма лечебная (микроклизма).

### 2.1.1. Клизма очистительная

#### Оснащение:

Кружка Эсмарха, штатив, стерильный наконечник (в упаковке), вазелин, шпатель, туалетная бумага, таз, судно (если процедура выполняется в постели), медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, маска, клеенка, пленка, ширма (если процедура выполняется в многоместной палате), ёмкость с дезраствором.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту суть и ход предстоящей процедуры и получить согласие пациента на ее проведение	Пациент поощряется к сотрудничеству. Соблюдаются права пациента
2. Если процедура проводится в палате, отгородить пациента ширмой	Обеспечивается интимность выполнения процедуры
3. Подготовить необходимое оснащение	Необходимое условие для проведения процедуры
4. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки, маску, водонепроницаемый фартук	Обеспечивается инфекционная безопасность
5. Вскрыть упаковку, извлечь наконечник и присоединить его к кружке Эсмарха, закрепить кружку на штативе на высоте 1 м от уровня кушетки (в домашних условиях - использовать вспомогательные устройства), закрыть вентиль, налить в кружку 1 л воды, открыть вентиль и слить немного воды через наконечник.	Проверяется проходимость системы. Холодная вода стимулирует перистальтику кишок. Теплая вода уменьшает спазм гладкой мускулатуры и способствует опорожнению

<p>Температура воды зависит от цели постановки клизмы:</p> <p>а) при атонических запорах – 18-20.°С;</p> <p>б) при спастических запорах -38-40.°С;</p> <p>в) в других случаях – 25-30°С.</p> <p>С помощью шпателя смазать наконечник вазелином</p>	<p>кишок. Вода комнатной температуры разжижает каловые массы и вызывает перистальтику. Облегчается введение наконечника в прямую кишку, предотвращают неприятные ощущения у пациента</p>
<p>6. Положить на кушетку клеенку так, чтобы свисала в таз, и постелить на него пеленку. Попросить пациента лечь на левый бок или помочь ему. Если пациент не может самостоятельно поворачиваться на левый бок, использовать для перемещения пациента Протокол поворота 23 п.2.1.1. Ноги пациента должны быть согнуты в коленях и слегка приведены к животу.</p> <p>В случае невозможности уложить пациента на левый бок, клизму ставить в положении пациента лежа на спине</p>	<p>Обеспечивается стекание воды в таз в случае ее недержание в прямой кишке. В связи с анатомической особенностью расположения прямой и сигмовидной кишок облегчается выполнение процедуры. Допустимое положение для выполнения данной процедуры</p>
<p><b>II. Выполнение процедуры</b></p> <p>1. Раздвинуть ягодицы I и II пальцами левой руки, правой рукой осторожно ввести наконечник в анус, продвигая его в прямую кишку вначале по направлению к пупку (3-4 см), а затем параллельно позвоночнику на глубину 8-10 см</p>	<p>Анатомическая особенность изгибов прямой кишки</p>
<p>2. Немного приоткрыть вентиль, чтобы вода медленно вытекала в кишку. Если вода не поступает в кишку, поднять кружку выше, чем на 1 метр, или изменить положение наконечника. В случае отсутствия результата заменить наконечник</p>	<p>Устраняются неприятные ощущения у пациента. Отверстие наконечника может закрываться каловыми массами или прижиматься к стенке кишки</p>
<p>3. Предложить пациенту глубоко дышать животом</p>	<p>Улучшается прохождение воды в кишках за счет изменения внутрибрюшного давления</p>
<p>4. Закрыть вентиль раньше, чем вытечет вода из кружки Эсмарха, чтобы в кишку не попал воздух. Осторожно извлечь наконечник с помощью бумажной салфетки или туалетной бумаги, погрузить в дезраствор.</p>	<p>Воздух будет мешать отхождению кала. Не допускается травмирование слизистой оболочки кишки. Обеспечивается инфекционная безопасность</p>
<p>5. Отсоединить наконечник и положить его в емкость с дезинфекционным раствором</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>
<p>6. Если пациент лежачий – подложить судно</p>	<p>Исключается загрязнение белья</p>
<p>7. Напомнить пациенту о необходимости задержать воду в кишечнике в течение 5-10 мин</p>	<p>Время, необходимое для разжижения каловых масс и начала перистальтики</p>
<p>8. Помочь пациенту встать с кушетки и дойти до туалета, если появились позывы на дефекацию</p>	<p>Исключается риск падения при ходьбе.</p>
<p>9. Убедиться, что процедура прошла эффективно (вода</p>	<p>Оценка эффективности</p>

должна содержать фекалии)	процедуры
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Если пациент беспомощен, вытереть туалетной бумагой кожу в области заднего прохода в направлении спереди назад (у женщин). Затем вымыть промежность	Обеспечивается инфекционная безопасность. Обеспечивается комфорт пациента
2. Забрать судно, прикрыв его крышкой	Обеспечивается последовательность выполнения процедуры
3. Вылить фекалии в унитаз. Продезинфицировать использованное оборудование	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Снять водонепроницаемый фартук, перчатки, маску. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
5. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в медицинскую документацию	Обеспечивается документирование процедуры и последовательность ухода

### 2.1.2. Клизма гипертоническая

#### Оснащение:

Грушевидный баллон 50 (100) мл, стерильный наконечник (в упаковке), газоотводная трубка, вазелин, шпатель, туалетная бумага, таз, судно (если процедура выполняется в постели), медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, маска, клеенка, пеленка, штатив (в лечебном учреждении), ширма (если процедура выполняется в многоместной палате), ёмкость с дезраствором, водяная баня.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту суть и ход предстоящей процедуры и получить согласие пациента на ее проведение	Поощрение пациента к сотрудничеству. Соблюдаются права пациента.
2. Если процедура проводится в палате, отгородить пациента ширмой	Обеспечивается интимность выполнения процедуры
3. Подготовить необходимое оснащение	Необходимое условие для проведения процедуры
4. Поместить флакон с раствором на водяную баню и подогреть его до 38°C	Исключается возможность преждевременной перистальтики в ответ на раздражение холодом
5. Проверить температуру раствора (не воды!)	Обеспечивается безопасность пациента
6. Набрать в грушевидный баллон 50 (100) мл теплого раствора	Теплый раствор не вызывает преждевременной перистальтики и обеспечивает эффективность проведения процедуры
7. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть	Обеспечивается инфекционная

перчатки, маску, водонепроницаемый фартук	безопасность
8. Постелить на кровать клеенку, а на нее пеленку. Попросить пациента лечь на левый бок или помочь ему. Если пациент не может самостоятельно поворачиваться на левый бок, использовать для перемещения пациента Протокол поворота 23 п.2.1.1. Ноги пациента должны быть согнуты в коленях и слегка приведены к животу	В связи с анатомической особенностью расположения прямой и сигмовидной кишок облегчается выполнение процедуры. Допустимое положение для данной процедуры
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Ввести газоотводную трубку (см. Протокол применения газоотводной трубки 12) Примечание: если невозможно уложить пациента на левый бок, клизму ставить в положении лежа на спине	Обеспечивается введение раствора на достаточную глубину
2. Присоединить к трубке грушевидный баллон и медленно ввести раствор	Предотвращения неприятным ощущениям у пациента
3. Не разжимая грушевидный баллон, отсоединить его от газоотводной трубки. Вытащить газоотводную трубку	Исключается всасывание раствора в баллон
4. Поместить использованное оснащение в дезинфицирующий раствор	Обеспечивается инфекционная безопасность
5. Проинформировать пациента, что опорожнение кишечника будет через 20-30 мин	Время, необходимое для трансудации жидкости в просвет прямой кишки
6. Помочь пациенту встать с кушетки (кровати) и дойти до туалета (в случае необходимости подложить судно)	Обеспечивается безопасность пациента
7. Убедиться, что процедура прошла успешно (вода должна содержать фекалии)	Оценка эффективности процедуры
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Если пациент беспомощен, надеть перчатки и вытереть туалетной бумагой кожу в области заднего прохода в направлении спереди назад (у женщин). Затем вымыть промежность	Предотвращения инфицирования мочевыводящих путей. Обеспечивается личная гигиена
2. Собрать клеенку, пеленку, погрузить в дезраствор	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Снять водонепроницаемый фартук, перчатки, маску погрузить в дезраствор. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Помочь пациенту (в случае необходимости) занять удобное положение в постели	Обеспечивается потребность в отдыхе после процедуры
5. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в медицинскую документацию	Обеспечивается документирование процедуры и последовательность ухода

### 2.1.3. Клизма слабительная (масляная)

#### Оснащение:

Грушевидный баллон или шприц Жане, стерильная газоотводная трубка (в упаковке), шпатель, вазелин, 100 мл 10% раствора натрия хлорида или 50 мл 20% раствора магния сульфата (по назначению врача), водяная баня, туалетная бумага, перчатки, водонепроницаемый фартук, маска, клеенка, пеленка, судно, лоток, ширма (если процедура выполняется в многоместной палате), ёмкость с дезраствором

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту суть и ход предстоящей процедуры и получить согласие пациента на ее проведение	Поощрение пациента к сотрудничеству. Соблюдается права пациента
2. Если процедура проводится в палате, отгородить пациента ширмой	Обеспечивается интимность выполнения процедуры
3. Подогреть масло до 38.°С (см. п.2.1.3.) Обеспечивается возможность эффективного проведения процедуры.	Обеспечивается безопасность пациента
4. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки, маску, водонепроницаемый фартук	Обеспечивается инфекционная безопасность
5. Набрать в шприц Жане 50 (100) мл теплого масла	Теплое масло, не раздражая кишечника, окутывает и разжижает каловые массы
6. Постелить на кровать клеенку, а на нее пеленку. Попросить пациента лечь на левый бок или помочь ему. Если пациент не может самостоятельно поворачиваться на левый бок, использовать для перемещения пациента Протокол поворота 23 п.2.1.1. Ноги пациента должны быть согнуты в коленях и слегка приведены к животу. В случае невозможности уложить пациента на левый бок, процедуру постановки клизмы провести в положении пациента лежа на спине.	Допустимое положение для данной процедуры В связи с анатомической особенностью расположения прямой и сигмовидной кишок облегчается выполнение процедуры. Допустимое положение для данной процедуры
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Ввести газоотводную трубку (см. Протокол применения газоотводной трубки 13)	Обеспечивается выполнение процедуры
2. Присоединить к трубке шприц Жане и медленно, толчкообразными движениями, ввести масло	Обеспечивается введение масла на достаточную глубину
3. Перегнуть газоотводную трубку, отсоединить шприц Жане, набрать в него немного воздуха, подсоединить к трубке и протолкнуть остатки масла в прямую кишку	Предотвращается вытекание масла из трубки. Обеспечивается полное введение масла в прямую кишку
4. Извлечь газоотводную трубку и положить ее вместе с шприцом Жане в дезинфицирующий раствор	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Если пациент беспомощен, вытереть туалетной	Предотвращения инфицирования

бумагой кожу в области заднего прохода в направлении спереди назад (у женщин)	мочевыводящих путей и мацерации участки промежности
2. Убрать клеенку, пеленку погрузить в дезраствор	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Снять водонепроницаемый фартук, перчатки, маску; погрузить в дезраствор. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Укрыть пациента одеялом, помочь ему принять удобного положения. Убрать ширму	Обеспечиваются комфортные условия для отдыха
5. Провести оценку эффективности процедуры через 10-12 ч	Итоговая оценка достижения цели
6. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в медицинскую документацию	Обеспечивается документирование процедуры и последовательность ухода

#### 2.1.4. Клизма сифонная (выполняется вдвоем)

##### Оснащение:

Система для сифонной клизмы: два стерильные толстые желудочные зонды (диаметром 0,8-1 см), соединенных стеклянной трубкой (закругленный конец одного зонда срезан); стеклянная воронка 0,5-1 л, вода комнатной температуры, кружка, ведро для промывных вод, перчатки, резиновый фартук, маска, вазелин, шпатель, туалетная бумага, клеенка, пеленка, таз, водонепроницаемый мешок, ёмкость с дезраствором.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту суть и ход предстоящей процедуры и получить согласие пациента на ее проведение	Поощрение пациента к сотрудничеству. Соблюдаются права пациента.
2. Подготовить оснащение	Необходимое условие для проведения процедуры
3. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки, маску, водонепроницаемый фартук	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. На простыню, покрывающую кушетку, постелить клеенку так, чтобы она свисала в таз, поверх нее постелить пеленку. Попросить пациента (или помочь ему) лечь на кушетку на левый бок с согнутыми и приведенными к животу ногами	Обеспечивается стекание воды в таз в случае ее недержание в прямой кишке. В связи с анатомической особенностью расположения прямой и сигмовидной кишок облегчается выполнение процедуры.
5. Смазать вазелином 30-40 см зонда со стороны закругленного конца	Облегчается введение зонда в кишку, предотвращается возникновение у пациента

	неприятных ощущений
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Раздвинуть ягодицы I и II пальцами левой руки, правой рукой вращательными движениями ввести закругленный конец зонда в кишку на глубину 30-40 см	Обеспечивается возможность эффективного проведения процедуры
2. Присоединить к свободному концу зонда стеклянный переходник с резиновой трубкой, лейку	Обеспечивается последовательность выполнения процедуры
3. Держать лейку немного наклоненной, ниже от кушетки и налить в нее из кружки 1 л воды	Предотвращается попадание воздуха в кишки
4. Медленно поднимать воронку на высоту 1 м., предложить пациенту глубоко дышать. Как только вода достигнет устья воронки, опустить ее ниже уровня ягодиц, не выливая воды из лейки до тех пор, пока она не будет полностью заполнена	Обеспечивается контроль над поступлением воды в кишки и выведением ее обратно
5. Слить воду в приготовленную емкость	Обеспечивается последовательность выполнения процедуры
6. Повторять п. 7-9, используя 10 - 12л воды (промыть до чистых промывных вод)	Обеспечивается эффективность процедуры
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. После окончания процедуры отсоединить резиновую трубку с воронкой, конец зонда опустить в ведро на 20-30 мин, чтобы вышли остатки жидкости и газы	Обеспечивается последовательность выполнения процедуры
2. Вынуть зонд, обернув его туалетной бумагой, провести дезинфекцию.	Осуществляется механическая очистка зонда Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Погрузить использованное оборудование в емкость с дезинфекционным раствором. После дезинфекции вылить промывные воды в канализацию	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Вытереть туалетной бумагой кожу в области заднего прохода в направлении спереди назад (у женщин) в случае беспомощности пациента. Вымыть промежность	Предотвращается инфицирование мочевых путей и мацерация кожи промежности
5. Собрать клеенку, пеленку и сложить их в водонепроницаемый мешок	Обеспечивается инфекционная безопасность
6. Снять водонепроницаемый фартук, перчатки, маску погрузить в дезраствор. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
7. Помочь пациенту встать с кушетки (или переместить его для транспортировки)	Обеспечивается безопасность пациента
8. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в медицинскую документацию	Обеспечивается документирование процедуры и последовательность ухода

### 2.1.5. Клизма лечебная (микроклизма)

#### Оснащение:

Грушевидный баллон или шприц Жане, газоотводная трубка, шпатель, вазелин, лекарственный препарат (50-100 мл), подогретый до 37-38°. С, туалетная бумага, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, маска, клеенка, пеленка, ширма, ёмкость с дезраствором.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту суть и ход предстоящей процедуры и получить согласие пациента на ее проведение	Поощрение пациента к сотрудничеству. Соблюдаются права пациента.
2. Если процедура проводится в палате, отгородить пациента ширмой	Обеспечивается интимность выполнения процедуры
3. За 1 час. до постановки лечебной клизмы сделать пациенту очистительную клизму (см. п 2.1.1.)	Обеспечивается очищение слизистой оболочки прямой кишки и возможность терапевтического действия
4. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть водонепроницаемый фартук, перчатки, маску. Набрать в грушевидный баллон 50-100 мл теплого лекарственного препарата	Обеспечивается инфекционная безопасность. Подогретый лекарственный препарат быстрее взаимодействует со слизистой оболочкой кишок. При температуре раствора ниже чем 37°C возникают позывы на дефекации
5. Постелить на кровать клеенку, а на нее пеленку. Попросить пациента лечь на левый бок или помочь ему. Если пациент не может самостоятельно поворачиваться на левый бок, использовать для перемещения пациента Протокол поворота 23, п.2.1.1. Ноги пациента должны быть согнуты в коленях и слегка приведены к животу. Если невозможно уложить пациента на левый бок, клизму ставить в положении пациента лежа на спине.	В связи с анатомической особенностью расположения прямой и сигмовидной кишок облегчается выполнение процедуры. Допустимое положение для данной процедуры
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Ввести газоотводную трубку (см. протокол по применению газоотводной трубки 13.)	Обеспечивается введение лекарственного средства на достаточную глубину
2. Присоединить к трубке грушевидный баллон/шприц Жане и медленно ввести лекарственный препарат	Предотвращаются неприятные ощущения у пациента
3. Не разжимая грушевидной баллона, отсоединить его от газоотводной трубки, вытащить ее и положить вместе с грушевидным баллоном в лоток	Предотвращения всасыванию препарата обратно в баллон. Обеспечивается инфекционная безопасность

<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Вытереть туалетной бумагой кожу в области заднего прохода в направлении спереди назад (у женщин)	Профилактика инфекции мочевыводящих путей
2. Собрать клеенку и пеленку, погрузить в дезраствор. Снять водонепроницаемый фартук, перчатки, маску, погрузить их в емкость с дезинфицирующим раствором. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Накрыть пациента одеялом, помочь ему занять удобное положение, убрать ширму	Обеспечивается последовательность ухода
4. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в медицинскую документацию	Обеспечивается документирование процедуры и последовательность ухода

### **3. Симптомы и ситуации, при возникновении которых необходимо немедленно сообщить врачу:**

3.1. Резкое ухудшение состояния пациента.

3.2. Отказ пациента от проведения процедуры.

### **4. Ресурсное обеспечение выполнения протокола**

#### **Оснащение:**

4.1. Кружка Эсмарха, штатив, стерильный наконечник (в упаковке), вазелин, шпатель, туалетная бумага, таз, судно (если процедура выполняется в постели), медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, маска, клеенка, пеленка, ширма (если процедура выполняется в многоместной палате), ёмкость с дезраствором.

4.2. Грушевидный баллон 50 (100) мл, стерильный наконечник (в упаковке) газоотводная трубка, вазелин, шпатель, туалетная бумага, таз, судно (если процедура выполняется в постели), медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, маска, клеенка, пеленка, штатив (в лечебном учреждении), ширма (если процедура выполняется в многоместной палате), ёмкость с дезраствором, водяная баня

4.3. Грушевидный баллон или шприц Жане, стерильная газоотводная трубка (в упаковке), шпатель, вазелин, 100 мл 10% раствора натрия хлорида или 50 мл 20% раствора магния сульфата (по назначению врача), водяная баня, туалетная бумага, перчатки, водонепроницаемый фартук, маска, клеенка, пеленка, судно, лоток, ширма (если процедура выполняется в многоместной палате), ёмкость с дезраствором

4.4. Система для сифонной клизмы: два стерильные толстые желудочные зонды (диаметром 0,8-1 см), соединенных стеклянной трубкой (закругленный конец одного зонда срезан); стеклянная воронка 0,5-1 л, вода комнатной температуры,

кружка, ведро для промывных вод, перчатки, резиновый фартук, маска, вазелин, шпатель, туалетная бумага, клеенка, пеленка, таз, водонепроницаемый мешок, ёмкость с дезраствором.

4.5 Грушевидный баллон или шприц Жане, газоотводная трубка, шпатель, вазелин, лекарственный препарат (50-100 мл), подогретый до 37-38° С, туалетная бумага, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, маска, клеенка, пеленка, ширма, ёмкость с дезраствором.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 422 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 Лечебное дело».
2. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 595 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.02 Акушерское дело».
3. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 593 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело».
4. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 23.09.2015 № 561 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 19.01.02 Лаборант-аналитик».
5. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 423 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.03 Лабораторная диагностика».
6. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 24.08.2015 № 421 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 32.02.01 Медико-профилактическое дело».
7. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 04.06.2015 № 01.1/57 «Об утверждении номенклатуры должностей и специальностей медицинских и фармацевтических работников».
8. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.06.2015 № 282 «Об утверждении перечня профессий рабочих,

должностей служащих, по которым осуществляется профессиональное обучение».

9. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08.12.2015 № 012.1\628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики».
10. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 20.08.2015 № 012.1\286 «Об утверждении порядка дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него».
11. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.08.15 № 012.1/285 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в отдельных учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
12. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 21.12.15 № 012.1/670 «Об утверждении основных документов по вопросам контроля качества оказания медицинской помощи».
13. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.11.15 № 012.1/599 «Об утверждении форм первичной учетной документации, которые используются в лабораториях и других учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
14. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 12.03.15 № 312 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
15. Приказ МЗ Украины от 21.09.10 г. №798 «Об утверждении методических рекомендаций» «Хирургическая и гигиеническая обработка рук медицинского персонала».
16. Губенко И.Я., Шевченко А.Т., Бразалий Л.П., Апшай В.Г. Медсестринский уход за пациентом: Стандарты медсестринских процедур, манипуляций и планов ухода и обучения: уч. пособие. – К.: Медицина, 2008.
17. Касевич Н.Н. Основы медсестринства в модулях: уч. пособие. – К.: Медицина, 2009.
18. Касевич Н.М. Общий уход за больными и медицинская манипуляционная техника: учебник. – К.: Медицина, 2008. – 424 с.

19. Ковальчук Л.М. Учебное пособие по хирургии в модулях - К.: «Медицина», 2009.
20. Основы сестринского дела: Алгоритмы манипуляций: учебное пособие Н.В. Широкова и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

И.о. министра



А.А. Оприщенко

ОДОБРЕНО  
Экспертным советом по  
стандартизации медицинской  
помощи в системе Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
08.09.2016 протокол № 3

УТВЕРЖДЕН  
Приказом Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
28.12.2016 № 1555

## ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ (ФЕЛЬДШЕРА, АКУШЕРКИ) ПО ОКСИГЕНОТЕРАПИИ

### 1. Паспортная часть

**1.1. Проблема, связанная со здоровьем:** Необходимость проведения оксигенотерапии.

**1.2. Код по МКБ-10:** Не определяется.

**1.3. Цель протокола:** Информационное обеспечение проведения оксигенотерапии медицинской сестрой (фельдшером, акушеркой).

**1.4. Дата составления протокола:** март 2016

**1.5. Дата пересмотра протокола:** март 2019

**1.6. Список и контактная информация лиц, которые участвовали в разработке протокола:**

Составители	Учреждения-разработчики
Шумеева Александра Аркадьевна (председатель рабочей группы), специалист I категории отдела оказания медицинской помощи взрослому населению	Отдел оказания медицинской помощи взрослому населению МЗ ДНР
Ежикова Татьяна Витальевна (заместитель председателя рабочей группы), заместитель главного врача по медсестринству	КУ «ГБ № 2 г. Горловка»
Белецкая Елена Викторовна, заведующий отделением специальности «Сестринское дело»	Горловский медицинский колледж Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
Андрюхова Людмила Владимировна, преподаватель высшей квалификационной категории, преподаватель-методист	

Левитан Ирина Анатольевна, заведующий учебно- производственной практикой, преподаватель высшей квалификационной категории	
Черепанова Лариса Владимировна, главная медсестра	ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 6 г. Макеевки
Доля Лиля Олеговна, заместитель главного врача по медсестринству	Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака МЗ ДНР
Патрикеева Вера Владиславовна, главная медсестра	Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение МЗ ДНР

**1.7. Актуальность проблемы:** необходимость унификации проведения оксигенотерапии.

## 2. Общая часть.

2.1. Для всех учреждений здравоохранения

2.1.1. Оксигенотерапия через носовую канюлю.

2.1.2. Оксигенотерапия через носовой катетер.

### 2.1.1. Оксигенотерапия через носовую канюлю

#### Оснащение:

Носовая канюля, фиксатор канюли, трубка для подачи кислорода, сосуд с дистиллированной водой, источник кислорода с расходомером, 2 безопасные булавки, маска, перчатки.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Выявить у пациента признаки и симптомы, связанные с гипоксией, и наличие мокроты в дыхательных путях	Гипоксия может привести к тахикардии, брадикардии и смерти. Наличие мокроты в дыхательных путях снижает эффективность оксигенотерапии
2. Объяснить пациенту ход процедуры и получить согласие на ее проведение	Обеспечиваются права пациента
3. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть маску и перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Вставьте концы канюли в ноздри пациента	Обеспечивается поступление кислорода в верхние дыхательные пути
2. С помощью эластичной повязки (фиксатора) зафиксировать канюлю так, чтобы она не вызывала у пациента чувство неловкости	Обеспечивается комфортное состояние пациента

3. Соединить носовую канюлю с источником увлажненного кислорода с нужной концентрацией и скоростью подачи кислорода	Исключается высыхание слизистых оболочек носа, рта и дыхательных путей и обеспечивается необходимая скорость
4. Обеспечить достаточную свободу движений кислородных трубок и прикрепить их к одежде	Уменьшается давление на слизистую оболочку в области носовых отверстий
5. Снять перчатки и маску, провести дезинфекцию. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность
6. При длительной подаче кислорода через 1-3 час нужно делать перерыв на 20-30 мин.	Предупреждается гипервентиляция и токсическое действие высокой концентрации
7. Проверять состояние канюли через каждые 8ч	Обеспечивается уверенность в проходимости канюли и возможности поступления кислорода
8. Наблюдать за тем, чтобы сосуд с дистиллированной водой был достаточно заполнен.	Обеспечивается вдыхание увлажненного кислорода. Предупреждаются осложнения оксигенотерапии
9. Осматривать слизистую оболочку носа и ушные раковины пациента для выявления возможных раздражений.	Оксигенотерапия может привести к высыханию слизистой оболочки носа. Давление трубки канюли или эластичной ленты на ушные раковины может вызвать раздражение кожи
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Провести итоговую оценку состояния пациента	Обеспечивается динамическое наблюдение и последовательность ухода
2. Отметить способ подачи кислорода, концентрацию, скорость его подачи, реакцию пациента и оценить результаты процедуры (удовлетворена ли потребность пациента в нормальном дыхании) в соответствующей документации	Обеспечивается документирование процедуры

### 2.1.2. Оксигенотерапия через носовой катетер

#### Оснащение:

Стерильный катетер, сосуд с дистиллированной водой, источник кислорода с расходомером, стерильный глицерин, лейкопластырь, безопасная булавка, маска, перчатки.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b> 1. Выявить у пациента признаки и симптомы, связанные с гипоксией, и наличие мокроты в дыхательных путях	Гипоксия может привести к тахикардии, брадикардии и смерти. Наличие мокроты в дыхательных путях снижает эффективность оксигенотерапии
2. Объяснить пациенту (если это возможно) или его близким цель оксигенотерапии, последствия процедуры и получить согласие на ее проведение .	Обеспечивается право пациента на информацию
3. Надеть маску. Провести гигиеническую обработку рук-надеть перчатки	Соблюдается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b> 1. Открыть упаковку, извлечь катетер и смочить его стерильным глицерином	Предотвращается травмирование слизистой оболочки носа
2. Ввести катетер в нижний носовой ход на глубину, равную расстоянию от мочки уха до крыла носа	Обеспечивается поступление кислорода в верхние дыхательные пути
3. Зафиксировать катетер лейкопластырем так, чтобы он не выпал из носа и в то же время не доставлял неудобств	Обеспечивается комфортное состояние пациента
4. Прикрепить катетер к источнику увлажнения кислорода с заданными концентрацией и скоростью подачи кислорода	Исключается высыхание слизистых оболочек носа и дыхательных путей
5. Обеспечить достаточную свободу движения катетера и кислородных трубок и прикрепить их к одежде безопасной булавкой	Уменьшается давление на слизистую оболочку носа. Пациент может поворачивать голову, не рискуя удалить катетер
<b>III. Окончание процедуры</b> 1. Снять перчатки и маску, провести дезинфекцию. Провести гигиеническую обработку рук.	Соблюдается инфекционная безопасность
2. Изменять положение катетера через каждые 30-60 мин.: из правого носового хода в левый и наоборот	Предотвращения образования пролежней и высушивания слизистой оболочки носа
3. Наблюдать за тем, чтобы сосуд с дистиллированной водой был достаточно заполненным.	Обеспечивается вдыхание увлажненного кислорода. Предупреждаются осложнения оксигенотерапии
4. При длительной подаче кислорода через 1-3 часа нужно делать перерыв на 20-30 мин.	Предупреждается гипервентиляция и токсическое действие высокой концентрации кислорода
5. Каждые 8 часов проверять скорость подачи кислорода и его концентрацию	Обеспечивается назначенная врачом скорость подачи кислорода и его концентрация

6. Провести итоговую оценку состояния пациента для выявления уменьшения симптомов, связанных с гипоксией	Подтверждается положительная динамика, то есть признаки уменьшения гипоксии
7. Отметить способ подачи кислорода, концентрацию, скорость его подачи, реакцию пациента и оценить результаты процедуры (удовлетворена ли потребность пациента в нормальном дыхании) в соответствующей документации	Обеспечивается документирование процедуры

### **3. Симптомы и ситуации, при возникновении которых необходимо немедленно сообщить врачу:**

- 3.1. Резкое ухудшение состояния пациента.
- 3.2. Отказ пациента от проведения процедуры.

### **4. Ресурсное обеспечение выполнения протокола**

#### **Оснащение:**

- 4.1. Носовая канюля, фиксатор канюли, трубка для подачи кислорода, сосуд с дистиллированной водой, источник кислорода с расходомером, 2 безопасные булавки, маска, перчатки.
- 4.2. Стерильный катетер, сосуд с дистиллированной водой, источник кислорода с расходомером, стерильный глицерин, лейкопластырь, безопасная булавка, маска, перчатки.

## **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 422 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 Лечебное дело».
2. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 595 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.02 Акушерское дело».
3. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 593 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело».
4. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 23.09.2015 № 561 «Об утверждении Государственного образовательного

- стандарта среднего профессионального образования по специальности 19.01.02 Лаборант-аналитик».
5. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 423 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.03 Лабораторная диагностика».
  6. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 24.08.2015 № 421 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 32.02.01 Медико-профилактическое дело».
  7. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 04.06.2015 № 01.1/57 «Об утверждении номенклатуры должностей и специальностей медицинских и фармацевтических работников».
  8. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.06.2015 № 282 «Об утверждении перечня профессий рабочих, должностей служащих, по которым осуществляется профессиональное обучение».
  9. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08.12.2015 № 012.1\628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики».
  10. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 20.08.2015 № 012.1\286 «Об утверждении порядка дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него».
  11. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.08.15 № 012.1/285 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в отдельных учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
  12. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 21.12.15 № 012.1/670 «Об утверждении основных документов по вопросам контроля качества оказания медицинской помощи».
  13. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.11.15 № 012.1/599 «Об утверждении форм первичной учетной документации, которые используются в лабораториях и других учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».

14. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 12.03.15 № 312 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
15. Приказ МЗ Украины от 21.09.10 г. №798 «Об утверждении методических рекомендаций» «Хирургическая и гигиеническая обработка рук медицинского персонала».
16. Губенко И.Я., Шевченко А.Т., Бразалий Л.П., Апшай В.Г. Медсестринский уход за пациентом: Стандарты медсестринских процедур, манипуляций и планов ухода и обучения: уч. пособие. – К.: Медицина, 2008.
17. Касевич Н.Н. Основы медсестринства в модулях: уч. пособие. – К.: Медицина, 2009.
18. Касевич Н.М. Общий уход за больными и медицинская манипуляционная техника: учебник. – К.: Медицина, 2008. – 424 с.
19. Ковальчук Л.М. Учебное пособие по хирургии в модулях - К.: «Медицина», 2009.
20. Основы сестринского дела: Алгоритмы манипуляций: учебное пособие Н.В. Широкова и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

И.о. министра



А.А. Оприщенко

ОДОБРЕНО  
Экспертным советом по  
стандартизации медицинской  
помощи в системе Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
08.09.2016 протокол № 3

УТВЕРЖДЕН  
Приказом Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
28.12.2016 № 1555

## **ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ (ФЕЛЬДШЕРА, АКУШЕРКИ) ПО ВЫПОЛНЕНИЮ ПРОСТЕЙШИХ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР**

### **1. Паспортная часть**

**1.1. Проблема, связанная со здоровьем:** Необходимость выполнения простейших физиотерапевтических процедур.

**1.2. Код по МКБ-10:** Не определяется.

**1.3. Цель протокола:** Информационное обеспечение выполнения простейших физиотерапевтических процедур медицинской сестрой (фельдшером, акушеркой).

**1.4. Дата составления протокола:** март 2016

**1.5. Дата пересмотра протокола:** март 2019

**1.6. Список и контактная информация лиц, которые участвовали в разработке протокола:**

Составители	Учреждения-разработчики
Шумеева Александра Аркадьевна (председатель рабочей группы), специалист I категории отдела оказания медицинской помощи взрослому населению	Отдел оказания медицинской помощи взрослому населению МЗ ДНР
Ежикова Татьяна Витальевна (заместитель председателя рабочей группы), заместитель главного врача по медсестринству	КУ «ГБ № 2 г. Горловка»
Белецкая Елена Викторовна, заведующий отделением специальности «Сестринское дело»	Горловский медицинский колледж Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики

Андрюхова Людмила Владимировна, преподаватель высшей квалификационной категории, преподаватель-методист	
Левитан Ирина Анатольевна, заведующий учебно-производственной практикой, преподаватель высшей квалификационной категории	
Черепанова Лариса Владимировна, главная медсестра	ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 6 г. Макеевки
Доля Лиля Олеговна, заместитель главного врача по медсестринству	Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака МЗ ДНР
Патрикеева Вера Владиславовна, главная медсестра	Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение МЗ ДНР

**1.7. Актуальность проблемы:** необходимость унификации выполнения простейших физиотерапевтических процедур.

## **2. Общая часть.**

2.1. Для всех учреждений здравоохранения.

2.1.1. Накладывание горчичников.

2.1.2. Вакуумтерапия.

2.1.3. Применение грелки.

2.1.4. Применение пузыря со льдом.

2.1.5. Наложение холодного компресса.

2.1.6. Наложение горячего компресса.

2.1.7. Наложение согревающего полуспиртового компресса.

2.1.8. Применение пиявок

### **2.1.1. Накладывание горчичников**

#### **Оснащение:**

Горчичники, пеленка (салфетка), часы, салфетка, лоток, емкость с горячей водой.

<b>Этапы</b>	<b>Обоснование</b>
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры и получить его согласие на проведение процедуры	Поощрение пациента к сотрудничеству. Соблюдаются права пациента
2. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность

3. Проверить пригодность горчичников: горчица должна иметь специфический (резкий) запах и не должна осыпаться с бумаги. При использовании горчичников, изготовленных по другим технологиям (например, пакетированная горчица), п.3 исключается	Обеспечивается эффективность процедуры. После смачивания пригодных горчичников сразу появляется острый характерный запах
4. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечивается эффективное проведение процедуры
5. Налить в лоток горячую (40-45°C) воду	Если температура ниже, эфирное горчичное масло не выделяется, если выше - она разрушается
6. Опустить изголовье. Помочь пациенту снять рубашку, лечь на живот (если горчичники накладывают на спину) и попросить его обхватить руками подушку. Голова повернута набок	Обеспечивается правильное положение позвоночника
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Смочить горчичник горячей водой, дать ей стечь. Плотно приложить его к коже той стороной, на которой горчица	Обеспечивается выделение эфирного масла и действие на кожу
2. Повторить п. 7, размещая необходимое количество горчичников на коже	Обеспечивается возможность проведения процедуры
3. Укрыть пациента пеленкой, затем одеялом. Исключается переохлаждение.	Обеспечивается сохранение тепла
4. В случае появления стойкой гиперемии снять горчичники через 5-15 мин и положить их в лоток для использованных материалов	Время, необходимое для обеспечения рефлекторного действия
5. Смочить салфетку в теплой воде и снять с кожи остатки горчицы	Обеспечивается предупреждение химического ожога кожи
6. Вытереть кожу насухо. Помочь пациенту надеть нижнее белье, укрыть одеялом и предупредить, чтобы он оставался в постели еще не менее 20-30 мин	Сохраняется эффект от процедуры и обеспечивается необходимый отдых после процедуры
<b>III. Окончания процедуры</b>	
1. Выбросить горчичники. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в листке врачебных назначений	Обеспечивается документирование процедуры

### 2.1.2. Вакуумтерапия

#### Оснащение:

Салфетка, лоток с медицинскими банками, полотенце, часы, корнцанг, вата, спички, 70% этиловый спирт, вазелин.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	

1. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры и получить согласие на ее проведение	Обеспечиваются права пациента. Поощрение пациента к сотрудничеству
2. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечивается эффективное проведение процедуры
4. Опустить изголовье, помочь пациенту снять рубашку, лечь на живот (если банки ставя на спину) и предложить ему повернуть голову на бок, руками обхватить подушку	Исключается опасность возгорания одежды. Поза обеспечивает надежное «прилипание» банок. Обеспечивается правильное положение позвоночника
5. Длинные волосы пациента (пациентки) на голове прикрыть пеленкой	Обеспечивается безопасная больничная среда
6. Нанести на кожу пациента тонким слоем вазелин. Снять остатки вазелина из рук	Повышается эластичность кожи
7. Сделать плотный фитиль из ваты и надежно закрепить его корнцангом	Обеспечивается безопасная больничная среда
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Смочить фитиль спиртом, остатки спирта отжать, флакон закрыть крышкой и отставить в сторону	Обеспечивается безопасная больничная среда
2. Зажечь фитиль, в левую руку (если вы правша) взять 1-2 банки, затем быстрым движением на 0,5-1 с внести в банку горящий фитиль (банку следует держать недалеко от поверхности тела) и энергичным движением приложить к коже. Таким образом поставить все банки. Примечание: пламя должно только вытеснить воздух из банки, но не распекать ее края, чтобы не допустить ожога кожи	Обеспечивается эффективность процедуры, поскольку пламя разрезает воздух в банке (вакуум), кожа быстро втягивается в нее
3. Укрыть пациента пеленкой, одеялом и попросить полежать в течение 10-15 мин	Достигается лечебный эффект процедуры
4. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается гигиенический комфорт
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Поочередно снять банки: одной рукой слегка отклонить банку в сторону, а пальцем другой руки придавить кожу у края банки. При этом в банку попадает воздух и она легко отделяется от кожи	Обеспечивается безболезненное снятие банок
2. Высушить кожу салфетками	Обеспечивается гигиенический комфорт. Снимаются остатки вазелина с кожи
3. Помочь пациенту одеться и предупредить, что он должен оставаться в постели (или в кресле) еще в течение 20-30 мин	Достигается максимальный лечебный эффект

4. Опустить банки в емкость с дезинфекционным раствором	Обеспечивается инфекционная безопасность
5. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
6. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в листке врачебных назначений	Обеспечивается документирование процедуры

### 2.1.3. Применение грелки

#### Оснащение:

Грелка, пеленка, горячая вода (температура 60 ° С), водяной термометр.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры и получить согласие на ее проведение	Поощрение пациента к сотрудничеству. Соблюдаются права пациента
2. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Налить горячую (температура 60°С) воду в грелку, слегка сжать ее у горловины, выпустить воздух и закрутить пробку	Обеспечивается герметичность грелки. Исключается ожог кожи пациента
4. Опрокинуть грелку пробкой вниз и обернуть ее пеленкой	Проверяется герметичность. Не допускается перегревание кожи
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Положить грелку на необходимый участок тела. Если врач назначил длительное использование грелки, каждые 20 минут следует делать 15-20-минутный перерыв	Предотвращается локальный перегрев и ожог кожи
2. Снять грелку	Обеспечивается этапность выполнения процедуры
<b>III. Окончание процедуры</b>	
3. Осмотреть кожу пациента в области контакта с грелкой	Обеспечивается оценка чувствительности кожи: на ней должна быть легкая гиперемия
4. Продезинфицировать грелку	Обеспечивается инфекционная безопасность
5. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
6. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в листке врачебных назначений	Обеспечивается документирование процедуры

### 2.1.4. Применение пузыря со льдом

#### Оснащение:

Полотенце (пеленка), пузырь для льда, кусочки льда, емкость с холодной водой.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b> 1. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры и получить согласие на ее проведение	Поощрение пациента к сотрудничеству. Соблюдение прав пациента
2. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Положить в пузырь подготовленные в морозильной камере кусочки льда и залить их холодной водой	Лед, который тает, поддерживает температуру воды в пределах 10-12°C. Исключается переохлаждение (обморожение) кожи
4. Положить пузырь на горизонтальную поверхность и закрыть крышку	Обеспечивается герметичность. Пузырь приобретает плоской формы
<b>II. Выполнение процедуры</b> 1. Обернуть пузырь пленкой и положить на нужный участок тела на 20 минут. Пузырь можно оставлять (если необходимо) на длительное время, но каждые 20 мин следует делать перерыв на 10-15 мин	Предотвращения переохлаждения
2. По мере таяния льда воду нужно сливать, а кусочки льда добавлять. Примечание: нельзя замораживать воду, которая налита в пузырь, в морозильной камере, так как поверхность образовавшегося конгломерата льда велика	Достигается максимальный эффект процедуры. Исключается переохлаждение и обморожение участка тела
3. После окончания процедуры воду слить, пузырь продезинфицировать	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>III. Окончание процедуры</b> 1. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в листке врачебных назначений	Обеспечивается документирование процедуры

### 2.1.5. Наложение холодного компресса

#### Оснащение:

Сосуд с холодной водой, 2 пеленки (полотенца).

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b> 1. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры и получить согласие на ее проведение	Поощрение пациента к сотрудничеству. Соблюдение прав пациента на информацию
2. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность

<b>II. Выполнение процедуры</b> 3. Сложить пеленку (полотенце) в несколько слоев, положить в холодную воду	Обеспечивается этапность выполнения процедуры
4. Расправить пеленку (полотенце) и положить на лоб (тело) на 2-3 мин	Обеспечивается непосредственный контакт холодного компресса с кожей, улучшается теплоотдача, обеспечивается рефлекторное действие через терморцепторы
5. Снять пеленку (полотенце) через 2-3 мин и погрузить ее в холодную воду. Не допускается согревание ткани.	Обеспечивается эффективность процедуры
6. Другую пеленку (полотенце) отжать и положить на кожу на 2-3 минуты. Повторять п. 4-6, меняя пеленки через 2-3 мин	Обеспечивается непрерывность процедуры
<b>II. Окончание процедуры</b> 1. Использованные пеленки поместить в водонепроницаемый мешок или сосуд с дезинфекционным раствором	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Высушить кожу после окончания процедуры	Исключается дискомфорт пациента
3. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в листке врачебных назначений	Обеспечивается документирование процедуры

### 2.1.6. Наложение горячего компресса

#### Оснащение:

Сосуд для воды, вода (температура 60-70°C), водяной термометр, салфетка, клеенка/компрессная бумага, вата, бинт, ножницы.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b> 1. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры и получить согласие на ее проведение	Поощрение пациента к сотрудничеству. Соблюдение прав пациента на информацию
2. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b> 1. Сложить салфетку в 8 слоев, смочить ее в воде (температура 60-70°C), отжать и наложить салфетку на кожу	Обеспечивается тепловой эффект (рефлекторное действие)
2. Поверх влажной салфетки положить клеенку/компрессную бумагу (на 1 - 2 см большую салфетку по периметру)	Обеспечивается сохранение тепла, парниковый эффект

3. Положить слой ваты поверх клеенки	Обеспечивается тепловой эффект
4. Зафиксировать компресс бинтом, соблюдая правила десмургии	Обеспечивается плотный контакт ткани с кожей и сохраняется тепло (герметическая повязка)
7. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
8. Через 10 мин сменить компресс (продолжительность компресса определяет врач)	Обеспечивается непрерывное воздействие тепла
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Вытереть насухо влажную кожу и наложить сухую повязку	Обеспечивается длительность теплового эффекта
2. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Сделать отметку о проделанной процедуре и реакции на нее пациента в листке врачебных назначений	Обеспечивается документирование процедуры

### 2.1.7. Наложение согревающего полуспиртового компресса

#### Оснащение:

Клеенка/компрессная бумага, вата, бинт (марля), 45% этиловый спирт, ножницы, емкость.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры и получить согласие на ее проведение	Поощрение пациента к сотрудничеству. Соблюдаются права пациента
2. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Отрезать ножницами необходимый (в зависимости от места применения) кусок бинта/марли для компресса и сложить его в 8 слоев. Вырезать кусок компрессной бумаги, по периметру на 2 см больше за салфетку. Подготовить кусок ваты по периметру на 2 см больше компрессной бумаги	Обеспечивается эффективное проведение процедуры
4. Составить слоя для компресса на столе, начиная с внешнего слоя: внизу - вата, потом клеенка/компрессную бумагу	Обеспечивается эффективность проведения процедуры. Обеспечивается согревающий эффект процедуры
5. Налить спирт в ёмкость, смочить в нем марлевую салфетку, слегка отжать ее и положить поверх клеенки/компрессной бумаги. Примечание: при постановке компресса на ухо салфетку и клеенку/компрессную бумагу разрезать в центре!	Обеспечивается эффективность проведения процедуры
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Все слои компресса одновременно положить на	Обеспечивается рефлекторное

нужный участок тела. Примечание: не следует накладывать компресс на кожу, смазанную йодом	действие через хемо - и терморцепторы кожи за счет длительного воздействия
2. Зафиксировать компресс бинтом в соответствии с требованиями десмургии так, чтобы он плотно прилегал к коже, но не ограничивал движений	Обеспечивается эффективность проведения процедуры
3. Напомнить пациенту, что компресс наложен на 4-6 ч	Обеспечивается участие пациента в процедуре
4. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
5. Через 1,5-2 ч после наложения компресса пальцем, не снимая повязки, проверить степень влажности салфетки. Закрепить компресс бинтом	Обеспечивается проверка качества наложения компресса. Если салфетка высохла, дальнейшее проведение процедуры нецелесообразно
6. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Снять компресс через установленный срок (4-6 час.)	Обеспечивается этапность выполнения процедуры
2. Вытереть кожу в области компресса и наложить сухую повязку	Исключается переохлаждение. увеличивается время теплового эффекта
3. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в листке врачебных назначений	Обеспечивается документирование процедуры

### 2.1.8. Применение пиявок

#### Оснащение:

Для обработки кожи: стерильные шарики (салфетки), клеенка, теплая кипяченая вода, 70% этиловый спирт;

Для применения пиявок: пиявки, медицинская банка, спирт, стерильные салфетки, пинцет, перчатки, часы;

Для снятия пиявок: перчатки, емкость с дезинфицирующим раствором, лоток, вата, стерильные салфетки, бинт (лейкопластырь), ножницы.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры и получить согласие на ее проведение	Поощрение пациента к сотрудничеству. Соблюдается право пациента на информацию
2. Провести гигиеническую обработку рук	Соблюдается инфекционная безопасность

3. Помочь пациенту занять удобное положение. Подстелить клеенку	Исключается напряжение мышц. Обеспечивается комфорт. Соблюдается инфекционная безопасность
4. Обработать кожу: протереть 70% спиртом участок, больший, чем нужно для постановки пиявок; стерильными ватными шариками, смоченными в теплой кипяченой воде без мыла, протереть кожу до покраснения, меняя шарики 2-3 раза	Облегчается начало процедуры. Расширяются сосуды кожи, она становится теплой. Резкие запахи отпугивают пиявку
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Надеть перчатки	Соблюдается инфекционная безопасность
2. Отсадить в медицинскую банку одну пиявку (если пиявки надо ставить на отдаленные друг от друга участки). Отсадить в банки все необходимые для постановки пиявки (если они должны быть поставлены на ограниченный участок кожи)	Исключается контакт пиявки с рукой медицинского работника
3. Поднести банку к коже, перевернуть ее вверх дном и плотно прижать к коже. Примечание: если пиявки надо ставить по вертикали, начинают с нижнего участка	Пиявка, оказавшись в замкнутом пространстве, за 5-10 мин прокусит кожу и присосется
4. Убрать банку, как только будет видно, что пиявка прокусила кожу и появились волнообразные движения в ее передней части	Волнообразные движения пиявки свидетельствуют о том, что она начала сосать кровь
5. Подложить под заднюю присоску стерильную салфетку (если пиявка прикрепилась задней присоской к стеклу банки, ее надо аккуратно оторвать пальцем или пинцетом)	Исключается присасывание пиявки задней присоской, что может значительно снизить активность сосания. Салфетка впитывает жидкость, что стекает с тела пиявки
6. Повторить п. 2-5 до тех пор, пока не будут поставлены все пиявки	Обеспечивается эффективность процедуры
7. Наблюдать за активностью пиявок: если она не движется, легко провести по ее поверхности пальцем - это должно вызывать волнообразные движения пиявки. Если их нет, пиявку можно снять, проведя по ее поверхности ватным шариком, смоченной раствором поваренной соли	Обеспечивается эффективность процедуры
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Приготовить все необходимое для снятия пиявок	Соблюдается инфекционная безопасность и этапность выполнения процедуры
2. Снять пиявки, если они были поставлены на 15 мин способом, описанным в п. 7	Если пиявки были поставлены на 1 час, они отпадают сами, как только насытятся кровью

3. Поместить пиявки в емкость с дезинфицирующим раствором	Соблюдается инфекционная безопасность. Пиявки нельзя использовать повторно
4. Сменить перчатки	Соблюдается инфекционная безопасность
5. Обработать кожу вокруг ранки спиртом. Положить на место укусов стерильные салфетки, используя стерильный пинцет	Соблюдается инфекционная безопасность
6. Поместить слой ваты на салфетки	Возможно кровотечение (6-30 мл) и намокание повязки
7. Зафиксировать салфетку и вату бинтом согласно правилам десмургии. Примечание: если бинтование невозможно, то на вату положить салфетку и зафиксировать ее к коже лейкопластырем	Соблюдается инфекционная безопасность
8. Положить клеенку в непромокаемый мешок	Соблюдается инфекционная безопасность
9. После дезинфекции выбросить пиявок в канализацию	Соблюдается инфекционная безопасность
10. Положить в емкость с дезинфекционным раствором лоток, медицинскую банка, пинцет	Соблюдается инфекционная безопасность
11. Снять перчатки, положить их в емкость с дезинфекционным раствором, Провести гигиеническую обработку рук	Соблюдается инфекционная безопасность
12. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в соответствующей медицинской документации	Обеспечивается документирование процедуры
13. Наблюдать за повязкой в течение суток. В случае намокания повязки надеть перчатки, положить на повязку слой ваты и вновь забинтовать; снять перчатки	Полная смена повязки может усилить кровотечение
14. Через сутки: надеть перчатки, снять повязку. Если кровотечение отсутствует, рану и кожу вокруг нее обработать 70% этиловым спиртом. Запекшуюся кровь снять 3% раствором перекиси водорода, наложить асептическую повязку	Соблюдается инфекционная безопасность и заживления ранок первичным натяжением
15. Снять перчатки, Провести гигиеническую обработку рук	Соблюдается инфекционная безопасность

### **3. Симптомы и ситуации, при возникновении которых необходимо немедленно сообщить врачу:**

3.1. Резкое ухудшение состояния пациента.

3.2. Отказ пациента от проведения процедуры.

#### **4. Ресурсное обеспечение выполнения протокола**

##### **Оснащение:**

- 4.1. Горчичники, пеленка, часы, салфетка, лоток.
- 4.2. Салфетка, лоток с медицинскими банками, полотенце, емкость с водой, часы, корнцанг, вата, спички, 70% этиловый спирт.
- 4.3. Грелка, пеленка, горячая вода (температура 60 ° С), водяной термометр.
- 4.4. Полотенце (пеленка), пузырь для льда, кусочки льда.
- 4.5. Сосуд с холодной водой, 2 пеленки (полотенца).
- 4.6. Сосуд для воды, вода (температура 60-70°C), водяной термометр, салфетка, клеенка/компрессная бумага, вата, бинт, ножницы.
- 4.7. Клеенка/компрессная бумага, вата, бинт (марля), 45% этиловый спирт, ножницы.
- 4.8. Для обработки кожи: стерильные шарики (салфетки), клеенка, теплая кипяченая вода, 70% этиловый спирт;
  - для применения пиявок: пиявки, медицинская банка, спирт, стерильные салфетки, пинцет, перчатки, часы;
  - для снятия пиявок: перчатки, емкость с дезинфицирующим раствором, лоток, вата, стерильные салфетки, бинт (лейкопластырь), ножницы.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 422 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 Лечебное дело».
2. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 595 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.02 Акушерское дело».
3. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 593 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело».
4. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 23.09.2015 № 561 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 19.01.02 Лаборант-аналитик».
5. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 423 «Об утверждении Государственного образовательного

- стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.03 Лабораторная диагностика».
6. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 24.08.2015 № 421 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 32.02.01 Медико-профилактическое дело».
  7. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 04.06.2015 № 01.1/57 «Об утверждении номенклатуры должностей и специальностей медицинских и фармацевтических работников».
  8. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.06.2015 № 282 «Об утверждении перечня профессий рабочих, должностей служащих, по которым осуществляется профессиональное обучение».
  9. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08.12.2015 № 012.1\628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики».
  10. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 20.08.2015 № 012.1\286 «Об утверждении порядка дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него».
  11. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.08.15 № 012.1/285 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в отдельных учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
  12. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 21.12.15 № 012.1/670 «Об утверждении основных документов по вопросам контроля качества оказания медицинской помощи».
  13. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.11.15 № 012.1/599 «Об утверждении форм первичной учетной документации, которые используются в лабораториях и других учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
  14. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 12.03.15 № 312 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».

15. Приказ МЗ Украины от 21.09.10 г. №798 «Об утверждении методических рекомендаций» «Хирургическая и гигиеническая обработка рук медицинского персонала».
16. Губенко И.Я., Шевченко А.Т., Бразалий Л.П., Апшай В.Г. Медсестринский уход за пациентом: Стандарты медсестринских процедур, манипуляций и планов ухода и обучения: уч.пособие. – К.: Медицина, 2008.
17. Касевич Н.Н. Основы медсестринства в модулях: уч.пособие. – К.: Медицина, 2009.
18. Касевич Н.М. Общий уход за больными и медицинская манипуляционная техника: учебник. – К.: Медицина, 2008. – 424 с.
19. Ковальчук Л.М. Учебное пособие по хирургии в модулях - К.: «Медицина», 2009.
20. Основы сестринского дела: Алгоритмы манипуляций: учебное пособие Н.В. Широкова и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

И.о. министра



А.А. Оприщенко

ОДОБРЕНО  
Экспертным советом по  
стандартизации медицинской  
помощи в системе Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
08.09.2016 протокол № 3

УТВЕРЖДЕН  
Приказом Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
28.12.2016 № 1555

## **ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ (ФЕЛЬДШЕРА, АКУШЕРКИ) ПО ВЫПОЛНЕНИЮ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ**

### **1. Паспортная часть**

**1.1. Проблема, связанная со здоровьем:** Необходимость выполнения акушерско-гинекологических манипуляций.

**1.2. Код по МКБ-10:** Не определяется.

**1.3. Цель протокола:** Информационное обеспечение выполнения акушерско-гинекологических манипуляций

**1.4. Дата составления протокола:** март 2016

**1.5. Дата пересмотра протокола:** март 2019

**1.6. Список и контактная информация лиц, которые участвовали в разработке протокола:**

Составители	Учреждения-разработчики
Шумеева Александра Аркадьевна (председатель рабочей группы), специалист I категории отдела оказания медицинской помощи взрослому населению	Отдел оказания медицинской помощи взрослому населению МЗ ДНР
Ежикова Татьяна Витальевна (заместитель председателя рабочей группы), заместитель главного врача по медсестринству	КУ «ГБ № 2 г. Горловка»
Белецкая Елена Викторовна, заведующий отделением специальности «Сестринское дело»	Горловский медицинский колледж Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
Андрюхова Людмила Владимировна, преподаватель высшей квалификационной категории, преподаватель-методист	

Левитан Ирина Анатольевна, заведующий учебно- производственной практикой, преподаватель высшей квалификационной категории	
Кучеренко Елена Ивановна, преподаватель	
Черепанова Лариса Владимировна, главная медсестра	ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 6 г. Макеевки
Доля Лиля Олеговна, заместитель главного врача по медсестринству	Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака МЗ ДНР
Патрикеева Вера Владиславовна, главная медсестра	Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение МЗ ДНР

**1.7. Актуальность проблемы:** необходимость унификации ухода за пациентом по выполнению акушерско-гинекологических манипуляций.

## 2. Общая часть.

2.1. Для всех учреждений здравоохранения.

2.1.1. Измерение наружных размеров таза

2.1.2. Измерение высоты стояния дна матки и окружности живота

2.1.3. Спринцевание

2.1.4. Влагалищные ванночки

2.1.5. Введение тампонов с лекарственными средствами.

### 2.1.1. Измерение наружных размеров таза

#### Оснащение:

Тазомер, ёмкость с дезраствором, салфетки.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b> Подготовка к процедуре. Объяснить пациентке суть и ход процедуры	Обеспечивается психологическая подготовка пациентки к процедуре
2. Получить согласие пациентки на проведение процедуры	Обеспечиваются права пациентки
3. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечивается возможность проведения процедуры
4. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b> 1. Попросить пациентку лечь на кушетку на спину, вытянув ноги.	Допустимое положение для выполнения данной процедуры

2. Стать справа от пациентки	Обеспечиваются условия выполнения процедуры
3. Взять тазомер таким образом, чтобы большой, указательный и средний пальцы удерживали пуговицы тазомера	Обеспечивается последовательность выполнения процедуры
4. Разместить пуговицы тазомера на передневерхних осях подвздошных костей, измерить <i>distantia spin arum</i> (размер в норме 25-26 см)	Обеспечивается последовательность выполнения процедуры
5. Разместить пуговицы тазомера на более удаленных точках гребней подвздошных костей, измерить <i>distantia cristarum</i> (размер в норме равен 28-29 см)	Обеспечивается последовательность выполнения процедуры
6. Разместить пуговицы тазомера на наиболее отдаленных точках больших вертелов бедренных костей и измерить <i>distantia trochanterica</i> (в норме размер равен 30-31 см)	Обеспечивается выполнение процедуры
7. Предложить пациентке лечь на левый бок, левую ногу согнуть в колене и в тазовом суставе, правую ногу вытянуть	Обеспечивается последовательность выполнения процедуры
8. Разместить одну пуговицу тазомера на верхнем краю симфиза, а другую – в области поясничной ямки и измеряют прямой размер таза – <i>conjugate externa</i> (размер в норме 20-21 см)	Обеспечивается последовательность выполнения процедуры
9. Для определения величины истинной конъюгаты необходимо от величины наружной отнять 9 см	Обеспечивается последовательность выполнения процедуры
<b>III. Окончание процедуры.</b>	
1. Сообщить пациентке результаты исследования	Обеспечить право пациентке на информацию
2. Провести дезинфекцию тазомера.	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Занести результаты исследования в соответствующую медицинскую документацию	Обеспечивается документирование процедуры

### 2.1.2. Измерение высоты стояния дна матки и окружности живота

#### Оснащение:

Сантиметровая лента, салфетки, ручка, медицинская документация, дезраствор.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациентке суть и ход процедуры	Обеспечивается психологическая подготовка пациентки к процедуре
2. Получить согласие пациентки на проведение процедуры	Обеспечиваются права пациентки

3. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечивается возможность проведения процедуры
4. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры.</b>	
1. Попросить пациентку лечь на твердую кушетку на спину.	Обеспечиваются условия выполнения процедуры
2. Большим пальцем правой руки зафиксировать начало сантиметровой ленты на верхнем крае лобкового сочленения	Обеспечивается последовательность выполнения процедуры
3. Сантиметровую ленту разместить на средней линии живота.левой рукой определить высоту стояния дна матки и определяют искомую величину	Обеспечивается последовательность выполнения процедуры
4. Для измерения окружности живота начало сантиметровой ленты взять в левую руку, протянуть ленту под спиной пациентки	Обеспечивается последовательность выполнения процедуры
5. Перехватить ленту правой рукой и измерить окружность живота беременной на уровне пупка	Обеспечивается выполнения процедуры
<b>III. Окончание процедуры.</b>	
1. Сообщить пациентке результаты исследования	Обеспечить право пациентки на информацию
2. Провести дезинфекцию сантиметровой ленты.	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Зафиксировать результаты исследования в соответствующую медицинскую документацию	Обеспечивается документирование процедуры

### 2.1.3. Спринцевание

#### Оснащение:

Гинекологическое кресло, кружка Эсмарха, водяной термометр, влагалищное желобковатое зеркало, пинцет или корнцанг, стерильные наконечники, раствор лекарственного средства, пленка, стерильные ватные шарики, штатив, вазелин, стерильные медицинские перчатки, клеенчатый фартук.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациентке суть и ход процедуры	Установление контакта с пациентом и привлечение его к сотрудничеству
2. Уточнить индивидуальную чувствительность к препарату	Обеспечивается профилактика осложнений
3. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдается право пациента
4. Подготовить оснащение	Обеспечивается быстрое и эффективное проведение

	процедуры
5. Прочитать листок медикаментозных назначений и надпись на лекарствах (название, доза, срок, употребление)	Исключается ошибочное использование другого медикаментозного средства
6. На гинекологическое кресло положить пеленку и попросить пациента лечь на него	Допустимое положение тела для выполнения данной процедуры
7. Надеть клеенчатый фартук. Провести гигиеническую обработку рук, надеть стерильные перчатки.	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Перед проведением горячего спринцевания необходимо смазать промежность вазелином	Обеспечивается предотвращение ожога
2. Ввести желобковатое зеркало во влагалище	Обеспечивается возможность эффективного проведения процедуры
3. Присоединить наконечник к резиновой трубке чашки Эсмарха	Обеспечивается последовательность выполнения процедуры
4. Налить раствор, подогретый до необходимой температуры в чашку Эсмарха. Раствор который используется для спринцевания, может быть горячим (40-45 °С) и теплым (37-38 °С) в зависимости от цели постановки процедуры	Обеспечивается выполнение процедуры
5. Открыть вентиль, выпустить воздух из трубки, обмыть наружные половые органы струей раствора	Обеспечивается последовательность выполнения процедуры
6. Ввести наконечник во влагалище на 8-10 см по задней стенке	Обеспечивается введение лекарственного средства на достаточную глубину
7. Выпускать жидкость медленно, в течение не менее 10 мин	Создание условия для эффективного выполнения процедуры
8. Вывести наконечник	Не допускается травмирование слизистой оболочки влагалища
9. Ватным тампоном и пинцетом просушить стенки влагалища и вывести желобковатое зеркало	Обеспечивается удаление излишков лекарственного средства
10. Помочь пациенту встать с гинекологического кресла	Обеспечивается безопасность пациента
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Все использованные инструменты, материалы, наконечник, перчатки замочить в дезинфицирующем растворе	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Гинекологическое кресло протереть дезинфицирующим раствором	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная

	безопасность
4. Сделать запись про проведенную процедуру и реакцию на нее пациента в соответствующую медицинскую документацию	Обеспечивается документирование процедуры

#### 2.1.4. Влагалищные ванночки

##### Оснащение:

Гинекологическое кресло, водный термометр, влагалищное двусторчатое зеркало Куско, пинцет или корнцанг, раствор фармакологического средства, пленка, стерильные ватные шарики, стерильные медицинские перчатки, полотенце.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить пациентке сущность и ход процедуры	Установление контакта с пациентом и привлечение его к сотрудничеству
2. Уточнить индивидуальную чувствительность к препарату	Обеспечивается профилактика осложнений
3. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдается право пациента
4. Подготовить оснащение	Необходимое условие для проведения процедуры
5. Прочитать листок медикаментозных назначений и надпись на лекарствах (название, доза, срок, употребление)	Исключается ошибочное использование другого медикаментозного средства
6. Надеть клеенчатый фартук. Провести гигиеническую обработку рук, одеть стерильные перчатки.	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Попросить пациента лечь на гинекологическое кресло на пленку	Положение выполнения данной процедуры
2. Обмыть наружные половые органы раствором антисептика ватным шариком на корнцанге	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Ввести двусторчатое зеркало Куско во влагалище	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Раскрыть и зафиксировать зеркало	Обеспечивается последовательность выполнения процедуры
5. Снять слизь с шейки матки ватным шариком	Обеспечивается последовательность выполнения процедуры лучшего всасывания лекарственных средств
6. По створке зеркала влить во влагалище лекарственный раствор в объеме 20-30мл	Обеспечивается последовательность выполнения процедуры
7. Наклонив зеркало вниз, сразу слить раствор	Обеспечивается

	последовательность выполнения процедуры
8. Под крестец положить валик из полотенца	Допустимое положение для выполнения процедуры
9. Влить во влагалище вторую порцию раствора в количестве 20-30 мл. Попросить пациента придержать зеркало	Обеспечивается последовательность выполнения процедуры
10. Через 10-15 минут слить раствор наклонить зеркало вниз	Обеспечивается оптимальное время действия лекарственного средства
11. Ватным шариком на пинцете просушить стенки влагалища	Обеспечивается удаление излишков лекарственного средства
12. Вывести зеркало, предварительно закрыв створки	Обеспечивается комфорт пациента
13. Помочь пациенту встать с гинекологического кресла	Обеспечивается безопасность пациента
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Все использованные инструменты, материалы, погрузить в дезинфицирующий раствор.	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Провести дезинфекцию гинекологического кресла	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Снять перчатки, погрузить дезраствор. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Сделать запись про проведенную процедуру и реакцию на нее пациента в соответствующую медицинскую документацию	Обеспечивается документирование процедуры

### 2.1.5. Введение тампонов с лекарственными средствами

#### Оснащение:

Гинекологическое кресло, влагалищное желобковатое зеркало Симпса с подъемником, пинцет или корнцанг, лекарственное средство, пленка, стерильные ватные шарики, стерильные медицинские перчатки, стерильный тампон или тампон «Тампакс», раствор антисептика.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре.</b>	
1. Объяснить пациентке сущность и ход процедуры	Привлечение пациента к сотрудничеству
2. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдаются права пациента
3. Подготовить оснащение	Необходимое условие для проведения процедуры
4. Прочитать лист врачебного назначения и надпись на лекарственных средствах (название, доза, срок, употребление)	Исключается ошибочное использование другого медикаментозного средства

5. Надеть маску. Провести гигиеническую обработку рук, одеть стерильные перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II Выполнение процедуры.</b>	Положение выполнения данной процедуры
1. Попросить пациента лечь на гинекологическое кресло на пеленку	
2. Обмыть наружные половые органы раствором антисептика ватным шариком на корнцанге	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Ввести желобковатое зеркало во влагалище	Обеспечиваются необходимые условия для выполнения процедуры
4. Выполнение спринцевания	Обеспечивается растворение и механическое вымывание из влагалища патологического содержимого со стенок влагалища и шейки матки
5. Ввести подъемник во влагалище	Обеспечиваются условия для выполнения процедуры
6. Просушить шейку матки и стенки влагалища ватным шариком	Для устранения остатков жидкости
7. Смочить тампон лекарственным средством и на пинцете или корнцанге ввести его во влагалище на 12-24 часа	Обеспечивается последовательность выполнения процедуры
8. Вывести зеркало не смещая тампон, удерживая его пинцетом или корнцангом	Обеспечивается последовательность выполнения процедуры
9. Вывести пинцет или корнцанг, следя за тем, чтобы концы марлевой веревочки тампона свободно свисали из половой щели	Обеспечивается последовательность выполнения процедуры
10. Помочь пациенту встать с гинекологического кресла	Обеспечивается безопасность пациента
11. Информировать пациентку, что она через 12-24 часа сама должна извлечь тампон, потянув за его свободный конец, свисающий из половой щели	Обеспечить последовательность выполнения процедуры
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Все использованные инструменты, материалы, перчатки замочить в дезинфицированном средстве	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Провести дезинфекцию гинекологического кресла	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Снять перчатки, маску, погрузить в дезраствор. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Сделать запись про проведенную процедуру и реакцию на нее пациента в соответствующую медицинскую документацию	Обеспечивается документирование процедуры

### **3. Симптомы и ситуации, при возникновении которых необходимо немедленно сообщить врачу:**

- 3.1. Резкое ухудшение состояния пациента.
- 3.2. Отказ пациента от проведения процедуры.
- 3.3. Отсутствие эффекта от проведенных вмешательств.

### **4. Ресурсное обеспечение выполнения протокола**

#### **Оснащение:**

- 4.1. Тазомер, ёмкость с дезраствором, салфетки.
- 4.2. Тазомер, ёмкость с дезраствором, салфетки.
- 4.3. Гинекологическое кресло, кружка Эсмарха, водяной термометр, влагалищное желобковатое зеркало, пинцет или корнцанг, стерильные наконечники, раствор лекарственного средства, пленка, стерильные ватные шарики, штатив, вазелин, стерильные медицинские перчатки, клеенчатый фартук
- 4.4. Гинекологическое кресло, водный термометр, влагалищное двустворчатое зеркало Куско, пинцет или корнцанг, раствор фармакологического средства, пленка, стерильные ватные шарики, стерильные медицинские перчатки, полотенце.
- 4.5. Гинекологическое кресло, влагалищное желобковатое зеркало Симпса с подъемником, пинцет или корнцанг, лекарственное средство, пленка, стерильные ватные шарики, стерильные медицинские перчатки, стерильный тампон или тампон «Тампакс», раствор антисептика.

## **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 422 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 Лечебное дело».
2. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 595 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.02 Акушерское дело».
3. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 593 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело».

4. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 23.09.2015 № 561 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 19.01.02 Лаборант-аналитик».
5. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 423 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.03 Лабораторная диагностика».
6. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 24.08.2015 № 421 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 32.02.01 Медико-профилактическое дело».
7. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 04.06.2015 № 01.1/57 «Об утверждении номенклатуры должностей и специальностей медицинских и фармацевтических работников».
8. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.06.2015 № 282 «Об утверждении перечня профессий рабочих, должностей служащих, по которым осуществляется профессиональное обучение».
9. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08.12.2015 № 012.1\628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики».
10. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 20.08.2015 № 012.1\286 «Об утверждении порядка дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него».
11. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.08.15 № 012.1/285 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в отдельных учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
12. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 21.12.15 № 012.1/670 «Об утверждении основных документов по вопросам контроля качества оказания медицинской помощи».
13. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.11.15 № 012.1/599 «Об утверждении форм первичной учетной документации, которые используются в лабораториях и других учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы

- собственности и ведомственной подчиненности».
14. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 12.03.15 № 312 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
  15. Приказ МЗ Украины от 21.09.10 г. №798 «Об утверждении методических рекомендаций» «Хирургическая и гигиеническая обработка рук медицинского персонала».
  16. Губенко И.Я., Шевченко А.Т., Бразалий Л.П., Апшай В.Г. Медсестринский уход за пациентом: Стандарты медсестринских процедур, манипуляций и планов ухода и обучения: уч. пособие. – К.: Медицина, 2008.
  17. Касевич Н.Н. Основы медсестринства в модулях: уч. пособие. – К.: Медицина, 2009.
  18. Касевич Н.М. Общий уход за больными и медицинская манипуляционная техника: учебник. – К.: Медицина, 2008. – 424 с.
  19. Ковальчук Л.М. Учебное пособие по хирургии в модулях - К.: «Медицина», 2009.
  20. Основы сестринского дела: Алгоритмы манипуляций: учебное пособие Н.В. Широкова и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

И.о. министра



А.А. Оприщенко

ОДОБРЕНО  
Экспертным советом по  
стандартизации медицинской  
помощи в системе Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
08.09.2016 протокол № 3

УТВЕРЖДЕН  
Приказом Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
28.12.2016 № 1555

## **ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ (ФЕЛЬДШЕРА, АКУШЕРКИ) ПО УХОДУ ЗА ПАЦИЕНТОМ СО СНИЖЕННОЙ ПОДВИЖНОСТЬЮ (НЕДВИЖИМОГО)**

### **1. Паспортная часть**

**1.1. Проблема, связанная со здоровьем:** Необходимость ухода за пациентом с уменьшенной подвижностью (недвижимого).

**1.2. Код по МКБ-10:** Не определяется.

**1.3. Цель протокола:** Информационное обеспечение ухода за пациентом с уменьшенной подвижностью (недвижимого) медицинской сестрой (фельдшером).

**1.4. Дата составления протокола:** март 2016

**1.5. Дата пересмотра протокола:** март 2019

**1.6. Список и контактная информация лиц, которые участвовали в разработке протокола:**

Составители	Учреждения-разработчики
Шумеева Александра Аркадьевна (председатель рабочей группы), специалист I категории отдела оказания медицинской помощи взрослому населению	Отдел оказания медицинской помощи взрослому населению МЗ ДНР
Ежикова Татьяна Витальевна (заместитель председателя рабочей группы), заместитель главного врача по медсестринству	КУ «ГБ № 2 г. Горловка»
Белецкая Елена Викторовна, заведующий отделением специальности «Сестринское дело»	Горловский медицинский колледж Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
Андрюхова Людмила Владимировна, преподаватель высшей квалификационной категории, преподаватель-методист	

Левитан Ирина Анатольевна, заведующий учебно- производственной практикой, преподаватель высшей квалификационной категории	
Черепанова Лариса Владимировна, главная медсестра	ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 6 г. Макеевки
Доля Лиля Олеговна, заместитель главного врача по медсестринству	Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака МЗ ДНР
Патрикеева Вера Владиславовна, главная медсестра	Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение МЗ ДНР

**1.7. Актуальность проблемы:** необходимость унификации ухода за пациентом с уменьшенной подвижностью (недвижимого). У данной категории пациентов существуют потенциальные риски развития осложнений, не связанных с основным заболеванием, а возникают вследствие уменьшения подвижности.

## 2. Общая часть.

2.1. Для всех учреждений здравоохранения.

2.1.1. Предупреждение риска развития пролежней.

2.1.2. Предупреждение развития контрактуры суставов и гипотрофии мышц.

2.1.3. Уменьшение риска тромбообразования в периферических венах.

2.1.4. Предупреждения ортостатической гипотензии.

2.1.5. Предупреждение задержки выделения мокроты.

2.1.6. Предупреждение запора, метеоризма и решения проблемы отсутствия аппетита.

2.1.7. Предупреждение нарушения мочеиспускания, образование камней в почках, риска инфекции мочевых путей.

2.1.8. Предупреждение возникновения дезориентации, дезадаптации.

### 2.1.1. Предупреждение риска развития пролежней

#### Оснащение:

Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, поролоновые прокладки, валики, резиновые круги, воздушные противопролежневые подушки, гелевые подушки, противопролежневые матрасы.

Этапы	Обоснование
1. Проводить текущую оценку по шкале оценки риска развития пролежней (за Braden или Norton) не менее чем 1 раз в сутки (утром)	Обеспечивается достоверность оценивания и последовательность ухода
2. Изменять положение пациента каждые 2 часа (выбор	Уменьшается длительное

<p>положения и их чередование могут изменяться в зависимости от заболевания и состояния пациента):</p> <p>а) 8.00-10.00 – положение Фаулера;  б) 10.00-12.00 – положение на левом боку;  в) 12.00-14.00 – положение на правом боку;  г) 14.00-16.00 – положение Фаулера;  д) 16.00-18.00 – положение Симса;  е) 18.00-20.00 – положение Фаулера;  ё) 20.00-22.00 – положение на правом боку;  ж) 22.00-24.00 – положение на левом боку;  з) 0.00-2.00 – положение Симса;  и) 2.00-4.00 – положение на правом боку;  к) 4.00-6.00 – положение на левом боку;  л) 6.00-8.00 – положение Симса</p> <p>Примечание: если позволяет состояние пациента, можно придать ему положение на животе (см. протокол по изменению положения пациента 19, п.2.1.1., 2.1.3., 2.1.6.; протокол поворота пациента 23, п.2.1.3., 2.1.4.)</p>	<p>давление на определенные участки тела. Улучшается кровообращение</p>
<p>3. Проверять при каждой смене положения состояние кожи в области давления.</p>	<p>Своевременное выявление изменений состояния кожи</p>
<p>4. Следить за удобным положением конечностей при поворотах</p>	<p>Уменьшается давление на кожу и риск механического повреждения.</p>
<p>5. Ежедневно утром обмывать участки наибольшего давления (в зависимости от положения пациента)</p>	<p>Обеспечивается чистота кожи. Улучшается кровообращение</p>
<p>6. Проверять состояние постельного белья во время смены положения (каждые 2 часа). Бельё должно быть чистое, сухое, без крошек.</p>	<p>Наличие складок на постели и влажность белья способствуют более быстрому образованию пролежней</p>
<p>7. Научить членов семьи технике правильного перемещения пациента</p>	<p>Обеспечивается участие членов семьи в уходе. Уменьшается нагрузка на медицинского работника</p>
<p>8. Определять количество потребленной пищи (количество белка не менее 120 г в сутки)</p>	<p>Обеспечивается количество белка, необходимое для формирования иммунитета</p>
<p>9. Обеспечить употребление не менее 1,5 л жидкости в сутки:</p> <p>а) с 9.00 до 13.00 – 700 мл;  б) с 13.00 до 18.00 – 500 мл;  в) с 18.00 до 22.00 – 300 мл</p> <p>Примечание: количество жидкости зависит от основного заболевания пациента</p>	<p>Предупреждается обезвоживание и пересыхание кожи</p>
<p>10. Использовать поролоновые прокладки, валики, резиновые круги, воздушные противопролежневые</p>	<p>Уменьшается давление на кожу</p>

подушки, гелевые подушки, противопролежневые матрасы	
11. В случае недержания мочи менять памперсы каждые 4 часа. В случае недержания кала менять памперсы немедленно после дефекации с последующей бережной гигиенической процедурой	Уменьшается раздражение кожи и ее влажность
12. Поощрять пациента изменять положение в постели (точки давления) с помощью перекладин, поручней и других приспособлений	Обеспечивается участие пациента в уходе. Уменьшается нагрузка на медицинского работника. Уменьшается длительное давление на определенные участки тела.

### 2.1.2. Предупреждение развития контрактуры суставов и гипотрофии мышц

#### Оснащение:

Маска, перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, опоры для стоп,  $\frac{1}{2}$  резинового мячика.

Этапы	Обоснование
1. Выполнять с пациентом упражнения в пределах подвижности суставов	Обеспечивается подвижность суставов
2. Выполнять с пациентом упражнения на сопротивление	Обеспечивается сохранение мышечного тонуса
3. Поощрять (помогать) увеличивать амплитуду движений	Обеспечивается участие пациента в уходе
4. Объяснять важность соответствующих движений	Обеспечивается участие пациента в уходе Поощрение пациента к сотрудничеству.
5. Использовать опору для стоп	Предупреждается провисание стоп
6. Поддерживать кисти в удобном для дальнейшей работы положении (на $\frac{1}{2}$ резинового мячика)	Сохраняется функциональное положение кисти
7. Объяснить причины появления тугоподвижности суставов и контрактур, а также рассказать о профилактике их возникновения	Обеспечиваются права пациента. Поощрение пациента к сотрудничеству
8. Поощрять близких участвовать в выполнении упражнений с пациентом и перемещении пациента	Обеспечивается участие членов семьи в уходе. Уменьшается нагрузка на медицинского работника

### 2.1.3. Уменьшение риска тромбообразования в периферических венах

#### Оснащение:

Маска, перчатки, водонепроницаемый фартук, ёмкость с дезраствором, эластичные бинты/чулки.

Этапы	Обоснование
1. Бинтовать нижние конечности эластическими бинтами (или надевать эластичные чулки)	Предупреждается застой крови в нижних конечностях
2. Периодически придавать нижним конечностям возвышенное положение	Улучшается отток венозной крови из нижних конечностей
3. Проводить массаж нижних конечностей в направлении от стопы до колена и выше	Улучшается кровообращение. Улучшается отток венозной крови из нижних конечностей
4. Объяснить пациенту и/или его близким причины тромбообразования в периферических венах	Пациент и/или его близкие привлекаются к процессу ухода

### 2.1.4. Предупреждение ортостатической гипотензии

Этапы	Обоснование
1. Обучить пациента технике активных и пассивных упражнений, а также упражнений, связанных с напряжением отдельных групп мышц	Обеспечиваются права пациента Обеспечивается участие пациента в уходе. Сохраняется эластичность сосудов и улучшается кровообращение
2. Поощрять уход за собой	Пациент будет знать о возможных последствиях постельного режима, и будет придерживаться рекомендаций
3. Помогать пациенту как можно чаще изменять положение	Улучшается кровообращение. Уменьшается застой крови
4. Изменять положение от горизонтального до почти вертикального, поднимая изголовье кровати или сажая пациента с опущенными ногами на кровати или в кресле	Эффект Вальсальвы (головокружение) будет проявляться в меньшей степени
5. Научить пациента перемещаться на выдохе и не задерживать дыхание	Эффект Вальсальвы (головокружение) будет проявляться в меньшей степени
6. Не допускать возникновения запоров	Эффект Вальсальвы (головокружение) будет проявляться в меньшей степени
7. Предотвращать переутомление пациента	Эффект Вальсальвы (головокружение) будет проявляться в меньшей степени

### 2.1.5. Предупреждение задержки выделения мокроты

Этапы	Обоснование
1. Поощрять положение пациента на боку (если нет противопоказаний)	Обеспечивается постуральный дренаж
2. Проверять наличие признаков метеоризма	Наличие метеоризма уменьшает экскурсию грудной клетки и ухудшает отток мокроты
3. Обеспечить регулярное опорожнение кишечника и мочевого пузыря пациента	Повышенное внутрибрюшное давление уменьшает экскурсию грудной клетки и ухудшает отток мокроты
4. Поощрять переворачивания и глубокое дыхание ежедневно	Обеспечивается полноценное дыхание и постуральный дренаж
5. Поощрять потребление достаточного количества жидкости (предотвращать обезвоживание)	Обеспечивается разжижение мокроты
6. Применять вибрационный массаж с постуральным дренажем	Обеспечивается отток мокроты
7. Проводить термометрию дважды в сутки	Обеспечивается ранняя диагностика гипостатической пневмонии
8. Проветривать палату/комнату (режим - в зависимости от времени года)	Обеспечивается приток свежего воздуха
9. Наблюдать за цветом кожи, губ, ногтей	Обеспечивается динамическое наблюдение за пациентом
10. Проводить дыхательную гимнастику (по согласованию с врачом)	Увеличивается экскурсия грудной клетки, углубляется дыхание

### 2.1.6. Предупреждение запора, метеоризма и решения проблемы отсутствия аппетита

Этапы	Обоснование
1. Обеспечить меню, которое нравится пациенту, в пределах назначенной диеты	Учитываются вкусовые предпочтения пациента
2. Обеспечить диету с высоким содержанием белка (не менее 120 г), небольшими порциями и с частым приемом пищи	Обеспечивается режим лечебного питания Сохраняется суточный объем принимаемой пищи
3. Обеспечить диету с высоким содержанием клетчатки	Клетчатка улучшает формирование каловых масс и моторику кишок
4. По возможности ежедневно взвешивать пациента	Обеспечивается контроль потери/увеличения массы тела

5. Научить пациента упражнениям, связанным с напряжением мышц живота	Улучшается моторика кишок
6. Добиться регулярного (ежедневного) опорожнения кишечника	Наличие запора ухудшает аппетит. Длительный запор вызывает аутоинтоксикацию
7. Обеспечить потребление достаточного количества жидкости	Достаточное количество жидкости способствует размягчению каловых масс
8. Проверять живот на наличие метеоризма. В случае необходимости применить газоотводную трубку (см. Протокол применения газоотводной трубки 15)	Накопление газов в кишечнике вызывает неприятные ощущения у пациента и способствует задержке стула

### 2.1.7. Предупреждение нарушения мочеиспускания, образование камней в почках, инфекции мочевых путей

Этапы	Обоснование
1. Поощрять частое переворачивание	Обеспечивается участие пациента в уходе. Улучшается кровообращение в почках
2. Поднимать пациента как можно чаще (каждые 2 ч), если нет противопоказаний	Обеспечивается отток мочи
3. Увеличить количество потребленной жидкости до 3 л (если нет противопоказаний)	Увеличивается суточный диурез. Предупреждается застой мочи в почках
4. Обеспечить диету с низким содержанием кальция и соками, которые повышают кислотность мочи	Предупреждается образование кальциевых камней
5. Объяснить пациенту и/или его близким причины образования кальциевых камней	Обеспечивается право пациента и/или его близких на информацию и их осознанное участие в уходе
6. Наблюдать за цветом, прозрачностью и запахом мочи	Обеспечивается ранняя диагностика инфекции мочевыводящих путей
7. Проводить термометрию дважды в сутки	Обеспечивается ранняя диагностика инфекции мочевыводящих путей
8. Ежедневно измерять водный баланс	Обеспечивается достоверность оценивания и последовательность ухода

### 2.1.8. Предупреждение дезориентации, дезадаптации

Этапы	Обоснование
1. Попросить родных и близких чаще навещать пациента. Поощрять общение пациента с семьей, друзьями	Обеспечивается поддержка родных и близких. Обеспечивается участие пациента в повседневной жизни семьи
2. Максимально поощрять уход за собой	Обеспечивается активное участие пациента в уходе. Создаются условия для сохранения независимости пациента
3. Высказываться положительно, отмечая улучшение состояния здоровья пациента и уровня его самообслуживания	Повышается самооценка пациента
4. Обеспечить пациента очками, слуховым аппаратом и т. п. (в случае необходимости)	Создаются условия для сохранения независимости пациента
5. При необходимости ориентировать пациента во времени и месте	Обеспечивается ориентация пациента во времени и пространстве
6. Обеспечить безопасную окружающую среду	Предупреждается травматизм
7. Не менять без нужды привычное окружение. В случае изменения – уведомить об этом пациента	Предупреждается реакция на потерю знакомого окружения
8. Обсуждать с пациентом проблемы, которые нуждаются в психологической адаптации	Пациент привлекается к процессу лечения и ухода

### 3. Симптомы и ситуации, при возникновении которых необходимо немедленно сообщить врачу:

- 3.1. Резкое ухудшение состояния пациента.
- 3.2. Отказ пациента от проведения процедуры.
- 3.3. Отсутствие эффекта от проведенных вмешательств.

### 4. Ресурсное обеспечение выполнения протокола

#### Оснащение:

- 4.1. Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, поролоновые прокладки, валики, резиновые круги, воздушные противопролежневые подушки, гелевые подушки, противопролежневые матрасы.

4.2. Маска, перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, опоры для стоп, ½ резинового мячика.

4.3. Маска, перчатки, водонепроницаемый фартук, ёмкость с дезраствором, эластичные бинты/чулки.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 422 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 Лечебное дело».
2. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 595 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.02 Акушерское дело».
3. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 593 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело».
4. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 23.09.2015 № 561 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 19.01.02 Лаборант-аналитик».
5. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 423 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.03 Лабораторная диагностика».
6. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 24.08.2015 № 421 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 32.02.01 Медико-профилактическое дело».
7. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 04.06.2015 № 01.1/57 «Об утверждении номенклатуры должностей и специальностей медицинских и фармацевтических работников».
8. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.06.2015 № 282 «Об утверждении перечня профессий рабочих, должностей служащих, по которым осуществляется профессиональное обучение».

9. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08.12.2015 № 012.1\628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики».
10. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 20.08.2015 № 012.1\286 «Об утверждении порядка дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него».
11. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.08.15 № 012.1/285 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в отдельных учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
12. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 21.12.15 № 012.1/670 «Об утверждении основных документов по вопросам контроля качества оказания медицинской помощи».
13. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.11.15 № 012.1/599 «Об утверждении форм первичной учетной документации, которые используются в лабораториях и других учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
14. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 12.03.15 № 312 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
15. Приказ МЗ Украины от 21.09.10 г. №798 «Об утверждении методических рекомендаций» «Хирургическая и гигиеническая обработка рук медицинского персонала».
16. Губенко И.Я., Шевченко А.Т., Бразалий Л.П., Апшай В.Г. Медсестринский уход за пациентом: Стандарты медсестринских процедур, манипуляций и планов ухода и обучения: уч.пособие. – К.: Медицина, 2008.
17. Касевич Н.Н. Основы медсестринства в модулях: уч.пособие. – К.: Медицина, 2009.
18. Касевич Н.М. Общий уход за больными и медицинская манипуляционная техника: учебник. – К.: Медицина, 2008. – 424 с.
19. Ковальчук Л.М. Учебное пособие по хирургии в модулях - К.: «Медицина», 2009.

20. Основы сестринского дела: Алгоритмы манипуляций: учебное пособие Н.В. Широкова и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

И.о. министра



А.А. Оприщенко

ОДОБРЕНО  
Экспертным советом по  
стандартизации медицинской  
помощи в системе Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
08.09.2016 протокол № 3

УТВЕРЖДЕН  
Приказом Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
28.12.2016 № 1555

## **ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ (ФЕЛЬДШЕРА, АКУШЕРКИ) ПО ИЗМЕНЕНИЮ ПОЛОЖЕНИЯ ПАЦИЕНТА**

### **1. Паспортная часть**

**1.1. Проблема, связанная со здоровьем:** Неспособность пациента к самостоятельной смене положения тела.

**1.2. Код по МКБ-10:** Не определяется.

**1.3. Цель протокола:** Информационное обеспечение предоставления положения пациенту, неспособному к самостоятельному изменению положения тела, медицинской сестрой (фельдшером).

**1.4. Дата составления протокола:** март 2016

**1.5. Дата пересмотра протокола:** март 2019

**1.6. Список и контактная информация лиц, которые участвовали в разработке протокола:**

Составители	Учреждения-разработчики
Шумеева Александра Аркадьевна (председатель рабочей группы), специалист I категории отдела оказания медицинской помощи взрослому населению	Отдел оказания медицинской помощи взрослому населению МЗ ДНР
Ежикова Татьяна Витальевна (заместитель председателя рабочей группы), заместитель главного врача по медсестринству	КУ «ГБ № 2 г. Горловка»
Белецкая Елена Викторовна, заведующий отделением специальности «Сестринское дело»	Горловский медицинский колледж Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
Андрюхова Людмила Владимировна, преподаватель высшей квалификационной категории, преподаватель-методист	

Левитан Ирина Анатольевна, заведующий учебно- производственной практикой, преподаватель высшей квалификационной категории	
Черепанова Лариса Владимировна, главная медсестра	ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 6 г. Макеевки
Доля Лиля Олеговна, заместитель главного врача по медсестринству	Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака МЗ ДНР
Патрикеева Вера Владиславовна, главная медсестра	Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение МЗ ДНР

**1.8. Актуальность проблемы:** необходимость унификации навыков по оказанию положения пациенту, неспособному к самостоятельному изменению положения тела, с целью оптимизации физической нагрузки и профилактики нарушений биомеханики тела медицинского работника.

## **2. Общая часть.**

2.1. Для всех учреждений здравоохранения.

2.1.1. Предоставление пациенту положение Фаулера (выполняет медицинский работник).

2.1.2. Предоставление пациенту с гемиплегией положение Фаулера (выполняет медицинский работник).

2.1.3. Предоставление пациенту положение Симса (выполняют один или два человека, пациент может помогать частично или не может помочь вообще).

2.1.4. Предоставление пациенту положения, лежа на спине (выполняет медицинский работник).

2.1.5. Предоставление пациенту с гемиплегией положения, лежа на спине (выполняет медицинский работник).

2.1.6. Предоставление пациенту с гемиплегией положения, лежа на животе (выполняют один или двое, пациент помогать не в силах).

### **2.1.1. Предоставление пациенту положение Фаулера (выполняет медицинский работник)**

Примечание: Придание пациенту положения медицинский работник выполняет в маске, перчатках и водонепроницаемом переднике, которые после окончания процедуры помещает в водонепроницаемый мешок

Показания:

- 1) вынужденное или пассивное положение;
- 2) риск развития пролежней, смена положения;

3) необходимости физиологических отправления в постели

**Оснащение:**

Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, дополнительные подушки, валики.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре.</b> 1. Объяснить ход предстоящей процедуры, получить согласие пациента	Соблюдаются права пациента
2. Оценить состояние пациента и окружающие условия. Закрепить тормоза кровати	Обеспечивается безопасность пациента
3. Провести антисептику рук, надеть медицинские перчатки, маску.	Соблюдается инфекционная безопасность
4. Подготовить подушки, валики из одеял, опору для ног	Обеспечивается правильное выполнение процедуры
5. Опустить боковые поручни кровати (если оно есть) с той стороны, где стоит медицинский работник	Обеспечиваются безопасность пациента и доступ к нему
6. Убедиться, что пациент лежит на спине посередине кровати	Обеспечиваются безопасность пациента и правильное его расположение
7. Поднять изголовье кровати под углом 45-60° в среднее положение Фаулера или подложить дополнительные подушки	Обеспечивается функциональное положение пациента
<b>II. Выполнение процедуры</b> 1. Подложить под предплечья и кисти подушку (если пациент не может самостоятельно двигать руками). Предплечья и запястья должны быть немного приподняты и расположены ладонями вниз	Предотвращение растяжения капсулы плечевого сустава и профилактика сгибательной контрактуры мышц верхней конечности. Обеспечивается отток крови и профилактика отека кисти
2. Подложить подушку под поясницу пациенту	Уменьшается нагрузка на поясничный отдел позвоночника
3. Подложить небольшую подушку или валик под колени пациента	Исключается переразгибание в коленных суставах и сдавливания подколенной артерии
4. Подложить подушку или сложенное одеяло под голени пациента	Исключается соскальзывания пациента
5. Подложить небольшую подушку под пятки пациента	Уменьшается длительное давление матраца на пятки и риск образования пролежней
6. Обеспечить опору для поддержания стоп под углом 90°	Поддерживается тыльное сгибание стоп и не допускается их провисание

<b>III. Окончание процедуры</b> 7. Убедиться, что пациенту удобно. Поднять боковые перила	Обеспечивается безопасность пациента
14. Снять медицинские перчатки, маску, положить в водонепроницаемый мешок. Провести гигиеническую обработку рук	Соблюдается инфекционная безопасность

### 2.1.2. Придание пациенту с гемиплегией положения Фаулера (выполняет один медработник)

Можно выполнять как на функциональной, так и на обычной кровати.

Показания:

- 1) кормление (прием пищи самостоятельно);
- 2) выполнение процедур, которые требуют этого положения;
- 3) риск развития пролежней и контрактур.

**Оснащение:**

Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, дополнительные подушки, валики, опоры для стоп, ½ резинового мячика.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b> 1. Объяснить ход предстоящей процедуры, получить согласие пациента (по возможности)	Соблюдаются права пациента
2. Оценить состояние пациента и окружающие условия. Закрепить тормоза кровати	Обеспечивается безопасность пациента
3. Подготовить дополнительную подушку, валики, опору для ног, ½ резинового мячика	Обеспечивается выполнение процедуры
4. Опустить боковые поручни кровати (если они есть) с той стороны, где стоит медицинский работник.	Обеспечивается безопасность пациента и доступ к нему
5. Поднять изголовье кровати под углом 45-60° (или подложить подушки)	Улучшается вентиляция легких, облегчается расслабление пациента
6. Провести антисептику рук, надеть медицинские перчатки, маску.	Соблюдается инфекционная безопасность.
<b>II. Выполнение процедуры</b> 1. Посадить пациента как можно выше. При необходимости положить под голову дополнительную подушку	Улучшается вентиляция легких, работа сердца, снижается внутричерепное давление. Улучшается возможность потребления пищи и жидкости. Исключается аспирация пищи и жидкости, рвотных масс. Уменьшается напряжение мышц шеи

2. Немного поднять подбородок пациента.	Уменьшается нагрузка на шейный отдел позвоночника
3. На столике, который стоит перед кроватью пациента, обеспечить опору для парализованной кисти и предплечья. Отодвинуть плечо от тела пациента и подложить под локоть подушку	Предотвращения растяжения капсулы плечевого сустава и профилактика сгибательной контрактуры мышц верхней конечности. Обеспечивается отток крови и профилактика отека кисти
4. Расслабленной кисти придать обычное положение: кисть немного разогнута ладонью вниз, ее свод сохраняется, пальцы несколько согнуты. Можно также положить кисть на ½ резинового мячика	Кисть сохраняет функциональное положение. Обеспечивается профилактика контрактур
5. Спастической кисти придать функционального положение: если кисть расположена ладонью вниз и пальцы слегка разогнуты можно положить кисть на половинку разрезанного пополам резинового мячика; если ладонь обращена вверх, пальцы лежат свободно	Кисть сохраняет функциональное положение. Достигается профилактика спазма мышц-сгибателей
6. Согнуть пациенту ноги в коленях и бедрах, подложив под колени подушку или сложенное одеяло	Не допускается длительное переразгибание, что может ухудшить подвижность сустава
7. Обеспечить опору для стоп под углом 90°	Не допускается провисания стопы, сохраняется тонус мышц
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Удостовериться, что пациенту удобно. Поднять боковые поручни кровати	Обеспечивается безопасность пациента
2. Снять медицинские перчатки, маску, положить в водонепроницаемый мешок. Провести гигиеническую обработку рук	Соблюдается инфекционная безопасность

### **2.1.3. Предоставление пациенту положение Симса (выполняют один или два человека, пациент может помогать частично или не может помочь вообще)**

Показания:

- 1) вынужденное пассивное положение;
- 2) риск развития пролежней.

**Оснащение:**

Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, емкость с дез.раствором, дополнительные подушки, валики, опоры для стоп, ½ резинового мячика.

<b>Этапы</b>	<b>Обоснование</b>
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить ход предстоящей процедуры, получить	Соблюдаются права пациента

согласие пациента (по возможности)	
2. Оценить состояние пациента и окружающие условия. Закрепить тормоза кровати	Обеспечивается безопасность пациента
3. Подготовить дополнительную подушку, валики, опору для ног, ½ резинового мячика	Обеспечивается выполнение процедуры
4. Опустить боковые поручни (если они есть) с той стороны, где стоит медицинский работник	Обеспечивается безопасность пациента и доступ к нему
5. Перевести головной конец кровати в горизонтальное положение (или убрать подушки)	Обеспечивается необходимое выпрямление тела пациента
6. Надеть маску, провести гигиеническую обработку рук, надеть медицинские перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность.
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
7. Положить пациента на спину	Подготовка к размещению пациента в положении Симса
8. Переместить пациента на край кровати (см. Протокол перемещения пациента 20, 2.1.7., 2.1.8.)	Обеспечивается правильное положение тела
8. Вернуть пациента в положение лежа на боку и частично на животе (см. Протокол поворачивание пациента 23, 2.1.3., 2.1.4.)	Обеспечивается профилактика развития пролежней
9. Подложить подушку под голову пациента	Обеспечивается необходимое выпрямление тела. Исключается сгибание шейного отдела позвоночника
10. Под верхнюю согнутую руку положить подушку на уровне плеча. Другую – на простыню	Исключается внутренний поворот плеча
11. Под согнутую верхнюю ногу положить подушку так, чтобы вся нога была на уровне бедра	Исключается внутренний поворот бедра, приведение ноги, переразгибание ноги. Уменьшается давление матраса на колени и лодыжки
12. У подошвы ноги положить опору для стопы	Обеспечивается тыльное сгибание стопы, исключается ее отвисание
<b>III. Окончание процедуры</b>	
13. Убедиться, что пациент лежит удобно. Поправить простынь и пеленку. Поднять спинку	Обеспечивается безопасность пациента
14. Снять медицинские перчатки, маску, положить в водонепроницаемый мешок. Провести гигиеническую обработку рук	Соблюдается инфекционная безопасность

#### **2.1.4. Придание пациенту положения, лежа на спине (выполняет медицинский работник)**

Можно выполнять как на функциональной, так и на обычной кровати.

Показания:

- 1) вынужденное или пассивное положение;
- 2) риск развития пролежней;
- 3) гигиенические процедуры в постели.

**Оснащение:**

Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, дополнительные подушки, валики, опоры для стоп, полотенце.

Этапы	Обоснование
<p><b>I. Подготовка к процедуре</b></p> <p>1. Объяснить ход предстоящей процедуры, получить согласие пациента (по возможности) Объяснить ход предстоящей процедуры</p>	Соблюдаются права пациента
<p>2. Оценить состояние пациента и окружающие условия. Закрепить тормоза кровати</p>	Обеспечивается безопасность пациента
<p>3. Подготовить подушки, валики из одеяла, полотенца, опоры для стоп</p>	Обеспечивается правильное положение голени, стоп, предплечий, кистей
<p>4. Опустить боковые поручни кровати (если они есть) с той стороны, где стоит медицинский работник</p>	Обеспечивается безопасность пациента и доступ к нему
<p>5. Опустить изголовье кровати, убрать лишние подушки. Убедиться, что пациент лежит посередине кровати</p>	Обеспечивается правильное положение кадка
<p>6. Надеть маску, провести гигиеническую обработку рук, надеть медицинские перчатки.</p>	Соблюдается инфекционная безопасность.
<p><b>II. Выполнение процедуры</b></p> <p>1. Придать пациенту правильное положение лежа на спине:</p> <p>а) положить подушку под голову или поправить ту, что осталась;</p> <p>б) подложить небольшую подушку под верхнюю часть плеч и шеи;</p> <p>в) положить руки вдоль туловища ладонями вниз;</p> <p>г) расположить нижние конечности на одной линии с тазобедренными суставами</p>	<p>Обеспечивается комфортное положение пациента.</p> <p>Обеспечивается правильное распределение нагрузки на верхнюю часть тела.</p> <p>Уменьшается напряжение мышц шеи</p>
<p>2. Положить под поясницу небольшое свернутое в валик полотенце</p>	Исключается переразгибание поясничной части позвоночника
<p>3. Положить валики вдоль наружной поверхности бедер, начиная с участка большого вертела бедренной кости</p>	Исключается поворот бедра наружу
<p>4. Положить небольшую подушку или валик под голень в области ее нижней трети</p>	Уменьшается длительное давление матраца на пятки и уменьшается опасность образования пролежней
<p>5. Обеспечить опору для поддержания стоп под углом 90°</p>	Поддерживается тыльное сгибание стоп и исключается их отвисание

6. Положить под предплечья небольшие подушки	Усиливается отток крови, что уменьшает опасность отека кисти
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Убедиться, что пациенту удобно. Поднять боковые перила	Обеспечивается безопасность пациента
2. Снять медицинские перчатки, маску, положить в водонепроницаемый мешок. Провести гигиеническую обработку рук.	Соблюдается инфекционная безопасность

### 2.1.5. Придание пациенту с гемиплегией положения лежа на спине (выполняет медицинский работник)

Показания:

- 1) ночной и дневной отдых;
- 2) риск развития пролежней и контрактур

**Оснащение:**

Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, дополнительные подушки, валики, опоры для стоп, ½ резинового мячика полотенце.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить ход предстоящей процедуры, получить согласие пациента (по возможности) .	Соблюдаются права пациента
2. Оценить состояние пациента и окружающие условия. Закрепить тормоза кровати	Обеспечивается безопасность пациента
3. Подготовить дополнительную подушку, валики, опору для ног, ½ резинового мячика	Обеспечивается выполнение процедуры
4. Опустить боковые перила кровати (если оно есть) с той стороны, где стоит медицинский работник	Обеспечивается безопасность пациента и доступ к нему
5. Изголовью кровати придать горизонтальное положение (или забрать подушку)	Необходимый этап для правильного размещения пациента
6. Надеть маску, провести антисептическую обработку рук, надеть медицинские перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность.
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Под парализованное плечо подложить сложенное полотенце или подушку	Уменьшается риск боли, контрактуры сустава, подвывиха плеча, поддерживается подвижность мышц, которые расположены рядом с плечом, что позволяет пациенту делать некоторые движения
2. Отвести парализованную руку от туловища, разогнув ее в локте и повернуть ладонью кверху или отвести	Поддерживается подвижность руки, плечевого сустава и мышц,

парализованную руку от туловища, поднять ее, согнув в локте и положить кисть ближе к изголовью кровати	что позволяет пациенту совершать нормальные движения. Рука сохраняет способность вращаться наружу в плечевом суставе, что необходимо для безболезненного поднятия руки над головой
3. Придать кисти парализованной руки одно из положений, рекомендованных для расслабленной или спастической кисти (см. процедуру 2.1.2)	Поддерживается функциональное состояние кисти
4. Под парализованное бедро подложить небольшую подушку	Уменьшается напряжение всех мышц нижней конечности
5. Согнуть колено парализованной конечности под углом не менее 90° и положить его на подушку	Легкое сгибание колена исключает переразгибание в коленном суставе. Когда пациент лежит на спине, напряжение мышц-сгибателей достигает пика
6. Обеспечить опору для стоп под углом 90°	Исключается отвисание стопы
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковое перильце кровати	Обеспечивается безопасность пациента
2. Снять медицинские перчатки, маску, положить в водонепроницаемый мешок. Провести гигиеническую обработку рук.	Соблюдается инфекционная безопасность

### **2.1.6. Придание пациенту с гемиплегией положения, лежа на животе (выполняют один или два человека, пациент помогать не в силах)**

Показания:

- 1) вынужденное или пассивное положение;
- 2) риск развития пролежней.

**Оснащение:**

Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, дополнительные подушки, валики, опоры для стоп, ½ резинового мячика.

<b>Этапы</b>	<b>Обоснование</b>
<b>1. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить ход предстоящей процедуры, получить согласие пациента (по возможности)	Соблюдается право пациента на информацию
2. Оценить состояние пациента и окружающие условия. Закрепить тормоза кровати	Обеспечивается безопасность пациента
3. Подготовить дополнительную подушку, валики, опору для стоп, ½ резинового мячика	Обеспечивается выполнение процедуры

4. Опустить боковые перила (если они есть) с обеих сторон	Обеспечивается безопасность пациента и доступ к нему
6. Надеть маску, провести антисептическую обработку рук, надеть медицинские перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность.
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Придать изголовью постели горизонтальное положение (или убрать подушки), передвинуть пациента к краю кровати в направлении к непарализованной стороне тела (техника перемещения – см. протокол перемещения пациента 20, п. 2.1.7.)	Обеспечивается необходимое выпрямление тела пациента, когда он примет положение на животе посередине кровати
2. Перейти на другую сторону. Стать коленом на край кровати и повернуть пациента на бок (на непарализованную боковую поверхность тела – см. Протокол поворачивание пациента 23, п.2.1.3.)	Обеспечивается правильное положение тела
3. Положить подушку на ту часть кровати, где будет живот пациента	Исключается провисание живота во время переворачивания пациента на живот. Уменьшается переразгибание поясничных позвонков и напряжение мышц спины
4. Распрямить локоть парализованной руки, прижать ее по всей длине к туловищу и подsunуть кисть под бедро или поднять вверх параллельно туловищу	Исключается травма парализованной части тела
5. Перевернуть пациента на живот	Обеспечивается выполнение процедуры
6. Повернуть голову пациента на бок (в сторону парализованной части тела)	Поддерживается способность мышц шеи и верхней части туловища пациента к разгибанию
7. Согнуть руку в локте, отвести кисть в сторону к изголовью кровати, пальцы руки по возможности разогнуть	Исключается риск потери способности осуществлять рукой повороты наружу вокруг плечевого сустава
12. Чуть согнув колени пациента, подложить подушку под обе голени и опоры под стопы так, чтобы угол между стопой и голенью составлял 90°	Исключается длительное переразгибание, способное ухудшить подвижность коленного сустава. Обеспечивается тыльное сгибание стопы
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые перила	Обеспечивается безопасность пациента
2. Снять медицинские перчатки, маску, положить в водонепроницаемый мешок. Провести гигиеническую обработку рук.	Соблюдается инфекционная безопасность

### **3. Симптомы и ситуации, при возникновении которых необходимо немедленно сообщить врачу:**

- 3.1. Резкое ухудшение состояния пациента.
- 3.2. Отказ пациента от процедуры.

### **4. Ресурсное обеспечение выполнения протокола.**

#### **Оснащение:**

- 4.1. Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, дополнительные подушки, валики.
- 4.2. Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, дополнительные подушки, валики, опоры для стоп,  $\frac{1}{2}$  резинового мячика.
- 4.3. Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, дополнительные подушки, валики, опоры для стоп,  $\frac{1}{2}$  резинового мячика.
- 4.4. Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, дополнительные подушки, валики, опоры для стоп, полотенце.
- 4.5. Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, дополнительные подушки, валики, опоры для стоп,  $\frac{1}{2}$  резинового мячика полотенце.
- 4.6. Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, дополнительные подушки, валики, опоры для стоп,  $\frac{1}{2}$  резинового мячика.

## **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 422 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 Лечебное дело».
2. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 595 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.02 Акушерское дело».
3. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 593 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело».

4. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 23.09.2015 № 561 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 19.01.02 Лаборант-аналитик».
5. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 423 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.03 Лабораторная диагностика».
6. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 24.08.2015 № 421 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 32.02.01 Медико-профилактическое дело».
7. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 04.06.2015 № 01.1/57 «Об утверждении номенклатуры должностей и специальностей медицинских и фармацевтических работников».
8. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.06.2015 № 282 «Об утверждении перечня профессий рабочих, должностей служащих, по которым осуществляется профессиональное обучение».
9. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08.12.2015 № 012.1\628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики».
10. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 20.08.2015 № 012.1\286 «Об утверждении порядка дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него».
11. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.08.15 № 012.1/285 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в отдельных учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
12. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 21.12.15 № 012.1/670 «Об утверждении основных документов по вопросам контроля качества оказания медицинской помощи».
13. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.11.15 № 012.1/599 «Об утверждении форм первичной учетной документации, которые используются в лабораториях и других учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы

собственности и ведомственной подчиненности».

14. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 12.03.15 № 312 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
15. Приказ МЗ Украины от 21.09.10 г. №798 «Об утверждении методических рекомендаций» «Хирургическая и гигиеническая обработка рук медицинского персонала».
16. Губенко И.Я., Шевченко А.Т., Бразалий Л.П., Апшай В.Г. Медсестринский уход за пациентом: Стандарты медсестринских процедур, манипуляций и планов ухода и обучения: уч. пособие. – К.: Медицина, 2008.
17. Касевич Н.Н. Основы медсестринства в модулях: уч. пособие. – К.: Медицина, 2009.
18. Касевич Н.М. Общий уход за больными и медицинская манипуляционная техника: учебник. – К.: Медицина, 2008. – 424 с.
19. Ковальчук Л.М. Учебное пособие по хирургии в модулях - К.: «Медицина», 2009.
20. Основы сестринского дела: Алгоритмы манипуляций: учебное пособие Н.В. Широкова и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

И.о. министра



А.А. Оприщенко

ОДОБРЕНО  
Экспертным советом по  
стандартизации медицинской  
помощи в системе Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
08.09.2016 протокол № 3

УТВЕРЖДЕН  
Приказом Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
28.12.2016 № 1555

## **ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ (ФЕЛЬДШЕРА, АКУШЕРКИ) ПО ПЕРЕМЕЩЕНИЮ ПАЦИЕНТА**

### **1. Паспортная часть**

**1.1. Проблема, связанная со здоровьем:** Неспособность пациента к самостоятельному изменению положения тела и перемещения.

**1.2. Код по МКБ-10:** Не определяется.

**1.3. Цель протокола:** Информационное обеспечение перемещения пациента, неспособного к самостоятельному изменению положения тела и перемещения, медицинской сестрой (фельдшером, акушеркой).

**1.4. Дата составления протокола:** март 2016

**1.5. Дата пересмотра протокола:** март 2019

### **1.6. Список и контактная информация лиц, которые участвовали в разработке протокола:**

<b>Составители</b>	<b>Учреждения-разработчики</b>
Шумеева Александра Аркадьевна (председатель рабочей группы), специалист I категории отдела оказания медицинской помощи взрослому населению	Отдел оказания медицинской помощи взрослому населению МЗ ДНР
Ежикова Татьяна Витальевна (заместитель председателя рабочей группы), заместитель главного врача по медсестринству	КУ «ГБ № 2 г. Горловка»
Белецкая Елена Викторовна, заведующий отделением специальности «Сестринское дело»	Горловский медицинский колледж Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
Андрюхова Людмила Владимировна, преподаватель высшей квалификационной категории, преподаватель-методист	

Левитан Ирина Анатольевна, заведующий учебно- производственной практикой, преподаватель высшей квалификационной категории	
Черепанова Лариса Владимировна, главная медсестра	ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 6 г. Макеевки
Доля Лиля Олеговна, заместитель главного врача по медсестринству	Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака МЗ ДНР
Патрикеева Вера Владиславовна, главная медсестра	Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение МЗ ДНР

**1.7. Актуальность проблемы:** необходимость унификации навыков по перемещению пациента, неспособного к самостоятельному изменению положения тела и перемещение, с целью оптимизации физической нагрузки и профилактики нарушений биомеханики тела медицинского работника.

## **2. Общая часть.**

2.1. Для всех учреждений здравоохранения.

2.1.1. Перемещение пациента к изголовью на широкой кровати (выполняется вдвоем).

2.1.2. Перемещение пациента к изголовью с помощью подкладной пеленки на кровати с изменяющейся высотой (выполняется вдвоем).

2.1.3. Перемещение пациента к изголовью кровати с изменяющейся высотой (выполняется вдвоем, пациент может помогать).

2.1.4. Перемещение пациента к изголовью кровати с изменяющейся высотой (выполняет один медицинский работник, пациент может помогать).

2.1.5. Перемещение пациента с помощью простыни в изголовье опускается (выполняет медицинский работник).

2.1.6. Перемещение беспомощного пациента к изголовью кровати (выполняет медицинский работник).

2.1.7. Перемещение пациента с помощью подкладной пеленки к краю кровати (выполняется вдвоем).

2.1.8. Перемещение пациента на край кровати (выполняет один медицинский работник, пациент может помогать).

2.1.9. Перемещение пациента из положения, лежа на боку в положение сидя с опущенными ногами (выполняет медицинский работник).

2.1.10. Перемещение пациента из положения, сидя на кровати с опущенными ногами в функциональное кресло-каталку, что имеет подвижную подставку

для ног, или стул (выполняет один медицинский работник, пациент может помогать).

2.1.11. Перемещение пациента из положения, сидя на кровати с опущенными ногами на кресло-каталку, которое имеет неподвижную подставку для ног (выполняется вдвоем, пациент может помогать).

2.1.12. Перемещение пациента с кровати на стул (выполняют двое или более лиц методом поднятия плечом; пациент может сидеть, но не может передвигаться самостоятельно).

2.1.13. Перемещение пациента с кровати на стул без подлокотников или спинки (выполняют двое или более лиц методом захвата через руку; пациент может сидеть, но не может передвигаться самостоятельно).

2.1.14. Перемещение пациента из положения, сидя на стуле в положение, лежа в постели (выполняет медицинский работник)

2.1.15. Перемещение пациента с кровати, на котором регулируется высота, на каталку и наоборот (выполняется вчетвером).

2.1.16. Перемещение пациента с обычной кровати на каталку и наоборот (выполняется втроем).

Примечание: Перемещение пациента медицинский работник выполняет в маске, перчатках и водонепроницаемом переднике, которые после окончания процедуры составляет в водонепроницаемый мешок

### **2.1.1. Перемещение пациента к изголовью на широкой кровати (выполняется вдвоем)**

**Выполняется австралийское поднятие.**

<b>Этапы</b>	<b>Обоснование</b>
1. Объяснить пациенту ход процедуры, получить его согласие	Соблюдаются права пациента
2. Оценить состояние пациента и окружающие условия	Обеспечивается безопасность пациента
3. Надеть маску, провести антисептическую обработку рук, надеть медицинские перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность.
4. Помочь пациенту подвинуться к краю кровати (передвинуть его к краю кровати – см. Протокол перемещения пациента 20 п. 2.1.8.), перемещая сначала ноги, потом таз, а потом голову	Обеспечивается правильное перемещение тела
5. Помочь пациенту сесть	Обеспечивается выполнение процедуры
6. Медицинский работник садится на колени рядом с пациентом на освобожденной части кровати, размещая свои голени вдоль тела и бедер пациента. Помощник	Обеспечивается правильное положение тела и безопасность пациента

стоит на полу в положении для австралийского подъема	
7. Поднять пациента над кроватью, используя поднятие плечом, и переместить его на небольшое расстояние	Обеспечивается правильное положение тела. Исключается трение кожи
8. Повторять действия, описанные в п. 5-6, постепенно перемещая пациента на нужное расстояние, немного поднимая его над кроватью	Исключается трение кожи. Равномерно распределяется физическая нагрузка на медицинского работника
9. Разместить пациента комфортно в нужном положении	Обеспечивается комфортное положение пациента
10. Снять медицинские перчатки, маску, положить в водонепроницаемый мешок. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность

### **2.1.2. Перемещение пациента к изголовью с помощью подкладной пеленки на кровати с изменяющейся высотой (выполняется вдвоем) Выполняется австралийское поднятие**

#### **Оснащение:**

Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, подкладная пеленка, 2 протектора или маленькие подушки.

<b>Этапы</b>	<b>Обоснование</b>
1. Объяснить пациенту ход процедуры, получить его согласие	Соблюдаются права пациента
2. Оценить состояние пациента и окружающие условия	Обеспечивается безопасность пациента
3. Медицинский работник и помощник становятся по обе стороны кровати	Обеспечивается синхронность действий
4. Опустить боковые перила, если они есть	Обеспечивается доступ к пациенту
5. Надеть маску, провести антисептическую обработку рук, надеть медицинские перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность.
6. Помочь пациенту поднять голову и плечи (см. Протокол поддержания пациента 22 п. 2.1.6.), убрать из-под головы подушку. Положить ее в изголовье	Обеспечивается правильное положение тела пациента
7. Убедиться, что пациент лежит ровно посередине кровати	Обеспечивается правильное положение тела пациента
8. Освободить подкладную пеленку с обеих сторон кровати и свернуть ее в направлении к пациенту, пока руки медицинского работника не достигнут тела пациента. Положить на кровать с обеих сторон протекторы или маленькие подушки	Обеспечивается инфекционная безопасность и исключается травма колена медицинского работника
9. Стать как можно ближе к кровати. Поставить на	Обеспечивается правильное

протектор (маленькую подушку), что на постели, то колено, которое ближе к изголовью	положение тела медицинского работника
10. Обхватить свернутую пеленку руками ладонями кверху	Обеспечивается надежное поддержание
11. Предложить пациенту, если он может помочь, согнуть ноги в коленях и на счет «3» оттолкнуться ступнями от кровати	Обеспечивается участие пациента, уменьшается физическая нагрузка на медицинских работников
12. Предупредить помощника и пациента, что на счет «3» его поднимут над кроватью на подкладной пеленке и переместят в сторону изголовья	Исключаются факторы трения, предотвращается развитие пролежней
13. На счет «3» осторожно поднять пациента над кроватью, используя подкладную пеленку для поддержки большей части его тела. Поднимать без резких движений над кроватью так, чтобы он не скользил по простыне. Держать свои локти как можно ближе к туловищу. Во время подъема перенести массу своего тела на колено, что опирается на кровать	Уменьшается риск развития пролежней. Уменьшается нагрузка на мышцы спины. Обеспечивается правильное положение тела. Исключаются резкие повороты спины
14. Осторожно приподнять голову и плечи пациента и положить подушку под голову	Обеспечивается комфорт
15. Расправить подкладную пеленку и заправить ее с обеих сторон	Исключается образование складок на постели
16. Снять медицинские перчатки, маску, положить в водонепроницаемый мешок. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность

### **2.1.3. Перемещение пациента к изголовью кровати с изменяющейся высотой (выполняется вдвоем, пациент может помогать)**

<b>Этапы</b>	<b>Обоснование</b>
1.Объяснить пациенту ход процедуры, получить его согласие	Соблюдаются права пациента
2.Опустить боковые перила, если они есть. Закрепить тормоза кровати	Обеспечивается безопасность пациента и доступ к нему
3.Убедиться, что пациент лежит горизонтально. Попросить его поднять голову и плечи, а если не может этого сделать, осторожно приподнять его голову и убрать подушку (см. Протокол поддерживания пациента 22, п. 2.1.6.), приставить ее к изголовью кровати	Обеспечивается безопасность пациента
4.Стать лицом к изголовью кровати с одной стороны кровати	В положении стоя лицом к направлению движения сохраняется правильное положение тела: нет необходимости возвращаться,

	передвигая пациента.
5. Надеть маску, провести антисептическую обработку рук, надеть медицинские перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность.
6. Медицинский работник сгибает ноги в коленях так, чтобы предплечья оказались на уровне кровати	Обеспечивается равновесие тела. Обеспечивается перемещение центра тяжести. Работа осуществляется за счет мышц бедер, а не спины
7. Медицинский работник становится у верхней части туловища пациента, руку, ближайшую к кровати, подкладывает под шею пациента и его противоположное плечо, другой рукой обнимает ближнюю к нему руку и плечо пациента; Помощник становится у нижней части туловища пациента и подводит руки под его поясницу и бедра	Такое поддерживания пациента и равномерное распределение массы его тела также обеспечивает безопасность медицинского работника
8. Поставить ноги на ширине 30 см, отставив ногу, ближайшую к ножному концу кровати, немного назад	Широкая опора обеспечивает равновесие тела. Такое положение ног позволяет медсестре перемещать центр тяжести
9. Попросить пациента согнуть ноги в коленях, не отрывая ступни от кровати	Обеспечивается сотрудничество с пациентом
10. Попросить пациента прижать подбородок к груди	Обеспечивается предупреждение чрезмерного растяжения мышц шеи
11. Попросить пациента помочь перемещению, отталкиваясь ступнями от кровати	Уменьшается сопротивление. Увеличивается подвижность пациента. Уменьшается физическая нагрузка на медицинского работника
12. Попросить пациента на счет «3» оттолкнуться от кровати и, выдохнув, немного приподнять туловище и переместиться к изголовью	Обеспечивается сотрудничество с пациентом. Выдох воздуха позволяет избежать эффекта Вальсальвы
13. На счет «3» качнуться, перенести массу тела на ногу, отставленную назад. Одновременно пациент отталкивается пятками и чуть приподнимает туловище	Раскачивания обеспечивают равновесие и инерцию. Усилия пациента уменьшают трение
14. Поднять голову и плечи пациента и подложить подушку. Убедиться, что пациент лежит удобно	Обеспечивается правильное положение тела и комфорт
15. Снять медицинские перчатки, маску, положить в водонепроницаемый мешок. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность

### 2.1.4. Перемещение пациента к изголовью кровати с изменяющейся высотой (выполняет один медицинский работник, пациент может помогать)

Этапы	Обоснование
1. Объяснить пациенту ход процедуры, получить его согласие	Соблюдаются права пациента
2. Опустить боковые поручни, если они есть. Закрепить тормоза кровати	Обеспечивается безопасность пациента и доступ к нему
3. Надеть маску, провести антисептическую обработку рук, надеть медицинские перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность.
4. Убедиться, что пациент лежит горизонтально. Попросить его поднять голову, а если он не может этого сделать, осторожно приподнять его голову, убрать подушку и положить к изголовью кровати	Обеспечивается безопасность пациента
5. Поставить ноги на ширину 30 см. Вернуть носок ноги, ближе к изголовью, в сторону изголовья	Обеспечивается правильная биомеханика тела медицинского работника и его безопасность
6. Попросить пациента согнуть колени и крепко прижать ступни к матрасу	Обеспечивается сотрудничество с пациентом. Увеличивается площадь опоры
7. Подложить одну руку под плечи пациента, а другую – под его ягодицы. Согнуть свои ноги в коленях. Не наклоняться вперед, держать спину ровно!	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника и его безопасность
8. Попросить пациента завести руки за голову и взяться за изголовье кровати; на счет «3», предварительно выдохнув, он подтягивается	Обеспечивается сотрудничество с пациентом. Уменьшается нагрузка на медицинского работника и риск травмы позвоночника. Выдыхание помогает пациенту избежать эффекта Вальсальвы. Усилия пациента уменьшают трение
9. Раскачиваясь, на счет «3» перенести массу тела на ту ногу, что ближе к изголовью, переместить пациента к изголовью	Обеспечивается инерция, что облегчает перемещение. Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника и его безопасность
10. Повторять эти действия до тех пор, пока пациент не примет соответствующего положения. Перемещать пациента постепенно, чтобы не повредить себе спину!	Обеспечивается безопасность медицинского работника
11. Поднять голову, плечи пациента (см. Протокол поднимание пациента 21, п. 2.1.1.) и подложить подушку. Убедиться, что он лежит удобно	Обеспечивается комфорт пациента в постели

12. Снять медицинские перчатки, маску, положить в водонепроницаемый мешок. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность
--	--

### 2.1.5. Перемещение пациента с помощью простыни в изголовье кровати (выполняет медицинский работник).

Показания:

- 1) поднимание пациента в постели;
- 2) перемещение с кровати на стул и наоборот.

Этапы	Обоснование
1. Объяснить пациенту ход процедуры, получить его согласие	Соблюдаются права пациента.
2. Оценить состояние пациента и окружающие условия	Обеспечивается безопасность пациента и медицинского работника
3. Кровать должна быть отодвинута от стены, изголовье не должно быть твердым. Закрепить тормоза кровати	Обеспечивается безопасное выполнение процедуры
4. Объяснить пациенту (если это возможно), чем он может помочь	Сотрудничество облегчает ход процедуры
5. Надеть маску, провести антисептическую обработку рук, надеть медицинские перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность.
6. Вытащить края простыни из-под матраса со всех сторон	Необходимое условие для выполнения процедуры
7. Убрать подушку из-под головы и положить ее рядом. Опустить изголовье кровати. Убедиться, что пациент лежит горизонтально	Уменьшается нагрузка на медицинского работника. Обеспечивается правильное положение тела пациента
8. Стать у изголовья кровати, поставить ноги на ширину 30 см, одна нога впереди другой. Не наклоняться над изголовьем!	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника
9. Свернуть простыню возле головы и плеч пациента. Попросить его согнуть ноги в коленях (если он может это сделать) и прижать ступни к кровати	Обеспечивается сотрудничество с пациентом, что значительно облегчает выполнение процедуры
10. Взять свернутые края простыни (ладонями кверху) с обеих сторон от головы пациента	Уменьшается нагрузка на руки, обеспечивается безопасность медицинского работника
11. Согнуть свои ноги в коленях так, чтобы спина оставалась ровной	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника
12. Предупредить пациента, чтобы он был готов к перемещению на счет «3», предварительно выдохнув. На счет «3» отклониться назад и подтянуть пациента к	Обеспечивается сотрудничество с пациентом и безопасность медицинского работника.

изголовью кровати	Исключается эффект Вальсальвы (головокружение)
13. Положить подушку под голову пациента, расправить простыню. Убедиться, что пациенту удобно	Обеспечивается комфорт в постели
14. Снять медицинские перчатки, маску, положить в водонепроницаемый мешок. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность.

### 2.1.6. Перемещение беспомощного пациента к изголовью кровати (выполняет медицинский работник)

Противопоказания:

- 1) травма позвоночника;
- 2) операция на позвоночнике;
- 3) эпидуральная анестезия.

Этапы	Обоснование
1. Объяснить пациенту ход процедуры, получить его согласие	Соблюдаются права пациента
2. Опустить боковые перила, если они есть. Закрепить тормоза кровати	Обеспечивается безопасность пациента и доступ к нему
3. Надеть маску, провести антисептическую обработку рук, надеть медицинские перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность.
4. Убедиться, что пациент лежит горизонтально. Осторожно приподнять его голову и убрать подушку (см. Протокол поднимание пациента 21, п. 2.1.1.), положить ее в изголовье кровати	Обеспечивается безопасность пациента
5. Начинать перемещение с ног пациента: а) встать лицом к пациенту; б) ножной конец кровати расположить под углом 45°; в) поставить ноги на ширину 30 см; ногу, которая ближе к изголовью, отставить немного назад; г) согнуть ноги в коленях так, чтобы руки медицинского работника были на уровне ног пациента; д) переместить центр тяжести на ногу, отставленную назад; е) переместить ноги пациента по диагонали к изголовью кровати	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника и уменьшается физическая нагрузка
6. Стать параллельно к бедру пациента, согнуть ноги в коленях так, чтобы руки находились на уровне туловища пациента	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника и максимальное приближение к части тела пациента, которая перемещается; смещение вниз центра тяжести
7. Переместить таз пациента по диагонали к	Обеспечивается выравнивание

изголовью кровати	нижней части тела пациента
8. Переместиться параллельно к верхней части туловища пациента, согнуть ноги в коленях так, чтобы руки находились на уровне туловища пациента	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника
9. Подвести под шею пациента руку, ближайшую к изголовью, снизу обхватить и поддерживать его плечо (см. Протокол поднимание пациента 21, п.2.1.1.)	Обеспечивается правильное положение тела пациента и его безопасность
10. Подвести другую руку под верхнюю часть спины пациента	Уменьшается трение кожи спины и риск развития пролежней
11. Переместить голову и верхнюю часть туловища пациента по диагонали к изголовью кровати	Обеспечивается правильное положение пациента
12. Переходить с одной стороны кровати на другую, повторять п.4-11, пока тело пациента не достигнет в постели желаемого положения	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника
13. Переместить пациента на середину постели, соответственно поочередно перемещая три части его тела	Обеспечивается пространство для переворачивания, поворот пациента и других процедур
14. Приподнять голову и плечи пациента и подложить подушку. Убедиться, что пациенту удобно	Обеспечивается комфорт
15. Поднять боковые перила	Обеспечивается безопасность пациента
16. Снять медицинские перчатки, маску, положить в водонепроницаемый мешок. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность

### **2.1.7.Перемещение пациента с помощью подкладной пеленки к краю кровати (выполняется вдвоем)**

Показания:

- 1) смена белья;
- 2) как предварительный этап для других перемещений.

Противопоказания:

- 1) травма позвоночника;
- 2) операция на позвоночнике;
- 3) эпидуральная анестезия.

#### **Оснащение:**

Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, подкладная пеленка, протектор или подушка, подкладная пеленка, простыня.

<b>Этапы</b>	<b>Обоснование</b>
1. Объяснить пациенту ход процедуры, получить его согласие	Соблюдаются права пациента
2. Оценить состояние пациента и окружающие условия.	Обеспечивается безопасность

Закрепить тормоза кровати	пациента
3. Убедиться, что пациент лежит горизонтально, посередине кровати. Опустить боковые перила (если они есть)	Обеспечивается правильное положение тела пациента
4. Помощник становится напротив медицинского работника по другую сторону кровати	Необходимое условие для выполнения процедуры и равномерного распределения нагрузки
5. Надеть маску, провести антисептическую обработку рук, надеть медицинские перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность.
6. Попросить пациента приподнять голову, если он не в состоянии, осторожно приподнять его голову и плечи и забрать подушку (см. Протокол поднимание пациента 21, п. 2.1.1.), положить ее в изголовье кровати	Обеспечивается правильное положение тела пациента
7. Перемещение пациента будет осуществляться в направлении от медицинского работника к помощнику. Вынуть края подкладной пеленки с каждой стороны и сворачивать в валик (в направлении к пациенту) до тех пор, пока руки медицинского работника не коснутся тела пациента	Необходимое условие для выполнения процедуры
8. Подложить сбоку помощника на освободившуюся часть кровати подушечку (протектор) перед собой	Предотвращается загрязнение одежды и травма колена
9. Помощник ставит ноги на ширине 30 см, одна нога немного впереди, колени слегка согнуты. Медицинский работник становится как можно ближе к кровати, ставит одно колено на протектор, что на кровати. Другая нога должна стоять на полу. Убедиться, что уверенно стоит на полу	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника и устойчивость при нагрузке
10. Взяться за край простыни ладонями вверх	Обеспечивается надежный захват
11. Предупредить помощника, что на счет "3" будет осуществляться перемещение пациента на край кровати с помощью подкладной пеленки	Обеспечивается синхронность выполнения процедуры и безопасность пациента
12. На счет «3» осторожно поднимать пациента и перемещать его на край кровати. Перемещать следует медленно, без рывков, поднимая пациента достаточно высоко над кроватью, чтобы он не скользил по ней	Обеспечивается синхронность выполнения процедуры. Исключается трение тела, уменьшается риск развития пролежней
13. В процессе подъема медицинский работник переносит массу своего тела с ноги, стоящей на полу, на колено, на койке, а помощник с ноги, выставленной вперед, на ногу, отставленной назад	Обеспечивается правильное положение тела и равномерное распределение массы тела
14. Помочь пациенту приподнять голову и плечи, подложить под них подушку	Обеспечивается необходимый комфорт и правильное положение тела
15. Расправить подкладную пеленку, заправив ее края	Исключается образование

	складок. Уменьшается риск образования пролежней
16. Выполнить процедуру, ради которой пациента переместили на край кровати	Обеспечивается последовательность выполнения процедуры
16. Снять медицинские перчатки, маску, положить в водонепроницаемый мешок. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность

### **2.1.8. Перемещение пациента на край кровати (выполняет один медицинский работник, пациент может помогать)**

Показания:

- 1) смена белья;
- 2) как предварительный этап для других перемещений

Противопоказания:

- 1) травма позвоночника;
- 2) операция на позвоночнике;
- 3) эпидуральная анестезия

**Оснащение:**

Маска, перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, табурет, тапочки.

<b>Этапы</b>	<b>Обоснование</b>
1. Объяснить пациенту ход процедуры, получить его согласие	Соблюдаются права пациента
2. Оценить состояние пациента и окружающие условия. Закрепить тормоза кровати	Обеспечивается безопасность пациента
3. Убедиться, что пациент лежит горизонтально. Опустить боковые поручни с той стороны, где стоит медицинский работник	Обеспечивается правильное положение тела
4. Надеть маску, провести антисептическую обработку рук, надеть медицинские перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность.
5. Немного поднять голову и плечи пациента (см. Протокол подъема пациента 21, п. 2.1.1.), убрать подушку и положить ее в изголовье	Обеспечивается безопасность пациента
6. Стать лицом к изголовью. Поставить ноги на ширину 30 см, одну сдвинув немного вперед. Согнуть колени. Не нагибаться вперед!	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника
7. Попросить пациента скрестить руки на груди, обхватить себя за локти	Исключается риск повреждения конечностей
8. Подложить одну руку под шею и плечи пациента, а другую – под верхнюю часть его спины	Обеспечивается безопасность пациента и правильное положение его тела

9. На счет «3» отклониться назад и подтянуть на себя верхнюю часть спины пациента	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника
10. Изменить положение рук: одну руку подложить под талию, другую – под бедра пациента	Обеспечивается безопасность пациента и правильное положение его тела
11. На счет «3» таким же движением отклониться назад и подтянуть на себя нижнюю часть туловища пациента	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника
12. Подложить руки под голени и стопы пациента и на счет «3» подтянуть голени и стопы к себе	Обеспечивается безопасность пациента и правильное положение его тела
13. Помочь пациенту приподнять голову и плечи и подложить подушку. Поднять боковые перила (если они есть)	Обеспечивается комфортное положение в постели и безопасность пациента
14. Выполнить процедуру, ради которой пациента переместили на край кровати	Обеспечивается последовательность выполнения процедуры
15. Снять медицинские перчатки, маску, положить в водонепроницаемый мешок. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность

### 2.1.9. Перемещение пациента из положения лежа на боку в положение сидя с опущенными ногами (выполняет медицинский работник)

Можно выполнять как на функциональной, так и на обычной кровати

Показания:

- 1) вынужденное пассивное положение;
- 2) изменение положения, если есть риск пролежней

**Оснащение:**

Маска, перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, функциональное кресло-каталка.

Этапы	Обоснование
1. Объяснить пациенту ход процедуры, получить его согласие	Соблюдаются права пациента
2. Оценить состояние пациента и окружающие условия. Закрепить тормоза кровати	Обеспечивается безопасность пациента
3. Опустить боковые перила (если они есть) с той стороны, где стоит медицинский работник	Обеспечиваются безопасность пациента и доступ к нему
4. Надеть маску, провести антисептическую обработку рук, надеть медицинские перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность.
5. Встать напротив пациента: левую руку подвести под его плечи, правую руку под колени, обхватить их сверху. Согнуть ноги в коленях. Не наклоняться!	Обеспечивается правильное положение тела пациента

6. Поднять пациента, опуская его ноги вниз и одновременно поворачивая на кровати в горизонтальном положении под углом 90°	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника и пациента
7. Посадить пациента, продолжая стоять к нему лицом, придерживая его левой рукой за плечо, а правой – за корпус	Обеспечивается безопасность пациента: исключается риск падения, связанного с головокружением
8. Убедиться, что пациент сидит надежно. Подложить опору для спины	Обеспечивается безопасность пациента и его комфорт
9. Обуть на ноги пациенту тапочки, если его ноги касаются пола, или поставить под ноги табуретку, если ноги не касаются пола	Исключается опасность переохлаждения и свисание стоп
10. Снять медицинские перчатки, маску, положить в водонепроницаемый мешок. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность

**2.1.10. Перемещение пациента из положения, сидя на кровати с опущенными ногами на функциональное кресло-каталку, которое имеет подвижную подставку для ног, или стул (выполняет один медицинский работник, пациент может помогать)**

Показания:

- 1) изменение положения;
- 2) транспортировки;
- 3) перемещение с функциональной кровати на функциональное кресло-каталку, которое имеет подвижную (съёмную) подставку для ног (на стул).

**Оснащение:**

Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, функциональное кресло-каталка.

Этапы	Обоснование
1. Объяснить пациенту ход процедуры, получить его согласие	Соблюдаются права пациента
2. Оценить состояние пациента и окружающие условия. Закрепить тормоза кровати. Поставить кресло-каталку (стул) возле кровати, боком к нему. По возможности опустить кровать до уровня стула. В кресле-каталке отодвинуть подставку для ног, закрепить тормоза	Обеспечивается безопасность пациента
3. Надеть маску, провести антисептическую обработку рук, надеть медицинские перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность.
4. Использовать один из способов поддержания пациента (см. Протокол поддержания пациента 22, п. 2.1.1.- 2.1.5.)	Обеспечивается выполнение процедуры
5. Медицинский работник держит свою голову с той стороны головы пациента, где стоит кресло-каталка	Обеспечивается правильное положение тела медицинского

(стул)	работника и безопасность пациента
6. Медицинский работник предупреждает пациента, что на счет «3» он поможет ему подняться. Каждый раз он слегка раскачивается вперед-назад, создавая инерцию. Поставив на счет «3» пациента на ноги, вместе возвращаются, пока кресло-каталка (стул) не окажутся за спиной пациента	Обеспечивается безопасность пациента и медицинского работника. Благодаря инерции уменьшается нагрузка на медицинского работника
7. Попросить пациента сообщить, когда он почувствует бедром край кресла-каталки (стула)	Обеспечивается безопасность пациента
8. Опустить пациента в кресло-каталку (на стул). Для этого: согнуть колени и придерживать ими колени пациента; держать спину прямо. Пациент может помочь, если положит руки на ручки кресла-каталки (на край стула), чтобы опуститься в него	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника и безопасность пациента
9. Посадить пациента в кресло-каталку (на стул), используя Протокол размещения пациента 24, п. 2.1.1.	Обеспечивается комфортное положение пациента
10. Снять тормоза и перевезти пациента	Обеспечивается последовательность выполнения процедуры
11. Снять медицинские перчатки, маску, положить в водонепроницаемый мешок. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность

**2.1.11. Перемещение пациента из положения, сидя на кровати с опущенными ногами на кресло-каталку, которое имеет неподвижную подставку для ног (выполняется вдвоем, пациент может помогать).**

Можно использовать для перемещения с функциональной кровати

Показания: необходимость транспортировки

**Оснащение:**

Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, функциональное кресло-каталка.

Этапы	Обоснование
1. Объяснить пациенту ход процедуры, получить его согласие	Соблюдаются права пациента
2. Оценить состояние пациента и окружающие условия	Обеспечивается безопасность пациента
3. Закрепить тормоза кровати	Обеспечивается безопасность пациента
4. Установить высоту кровати на высоту стула	Обеспечивается наименьшая физическая нагрузка на медсестер
5. Надеть маску, провести антисептическую обработку	Соблюдается инфекционная

рук, надеть медицинские перчатки.	безопасность.
6. Помочь пациенту сесть (ноги пациента не опущены!)	Необходимые условия для дальнейшего перемещения
7. Медицинский работник становится позади пациента: одно колено ставит на кровать и делает захват через руку (см.. Протокол поддержания пациента 22, п. 2.1.2. )	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника и надежное поддержание пациента
8. Передвигать пациента к краю кровати, оставляя его ноги посередине кровати. Продолжать поддерживать пациента, но теперь встать на пол обеими ногами позади него: пациент сидит под углом к краю кровати	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника
9. Помощник удобно ставит стул возле кровати	Исключается риск падения пациента
10. Помощник становится сбоку возле кровати, перед стулом, лицом к пациенту. Ноги согнуты в коленях (положение на корточках), нога, дальнейшая от кровати, выставленная вперед	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника и пациента
11. Помощник подводит руки под колени и голени пациента и перемещает их к краю кровати	Обеспечивается выполнение процедуры
12. По команде медицинского работника на счет «3» медицинский работник поднимает пациента (см. Протокол поддержания пациента 22, п. 2.1.2.) и пересаживает его на стул, а помощник опускает ноги на пол	Обеспечивается синхронность действий и уменьшается физическая нагрузка на медицинских работников
13. Медицинский работник немного приседает и опускает пациента на стул	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника
14. Снять медицинские перчатки, маску, положить в водонепроницаемый мешок. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность

#### **2.1.14. Перемещение пациента из положения, сидя на стуле в положение, лежа в постели (выполняет медицинский работник)**

Показания: перемещение пациента в том случае, когда пациент может помочь.

##### **Оснащение:**

Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, стул.

<b>Этапы</b>	<b>Обоснование</b>
1. Объяснить пациенту ход процедуры, получить его согласие	Соблюдаются права пациента
2. Оценить состояние пациента и окружающие условия. Закрепить тормоза кровати. Поставить кресло-каталку рядом с ножным концом кровати. По возможности опустить кровать до уровня сидения	Обеспечивается безопасность пациента

4. Помощник становится позади кресла-каталки и наклоняет его вперед так, чтобы подставка для ног касалась пола	Обеспечивается безопасность пациента
5. Медицинский работник становится напротив пациента, который сидит на кровати с опущенными ногами: ноги медицинского работника поставлены на ширину 30 см, согнуты в коленях, одна нога впереди	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника
6. Надеть маску, провести антисептическую обработку рук, надеть медицинские перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность.
7. Попросить пациента обхватить медицинского работника за талию, придерживать его за плечо в средней трети; подтянуть пациента к краю кровати так, чтобы его ноги касались пола	Обеспечивается безопасность пациента
8. Поставить ногу, которая дальше от кресла-каталки, между коленями пациента коленом к нему, а другую ногу - в направлении движения	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника
9. Стать ближе к пациенту в позе «объятия». Прижать пациента к себе, не дергая и не возвращая. Держать свою голову со стороны головы пациента, где стоит кресло-каталка. Не давить пациенту под мышками!	Обеспечиваются правильное положение тела медицинского работника и безопасность пациента
10. Пациента предупреждают, что на счет «3» ему помогут встать. На каждый счет медицинский работник слегка раскачивается вперед-назад, создавая инерцию. Поставив на счет «3» пациента на ноги, он возвращается вместе с ним, пока кресло-каталка не окажется за спиной пациента	Обеспечивается безопасность пациента и медицинского работника. Благодаря инерции уменьшается нагрузка на медицинского работника
11. Пациента просят сообщить, когда он почувствует край каталки задней поверхностью голени	Обеспечивается безопасность пациента
12. Опустить пациента в кресло-каталку (на стул). Для этого: согнуть колени и придерживать ими колени пациента, держа спину прямо; пациент может помочь, если положит руки на подлокотники кресла-каталки, чтобы опуститься в него	Обеспечивается безопасность пациента и правильное положение тела медицинского работника
14. Отпустить пациента, убедиться, что он надежно сидит в кресле	Обеспечивается безопасность пациента
15. Разместить пациента в кресле-каталке, используя Протокол размещения пациента 24, п. 2.1.1.	Обеспечивается безопасность пациента
16. Снять тормоза и транспортировать пациента	Обеспечивается возможность транспортировки
17. Снять медицинские перчатки, маску, положить в водонепроницаемый мешок. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность

**2.1.12. Перемещение пациента с кровати на стул (выполняют двое или более лиц методом поднятия плечом; пациент может сидеть, но не может передвигаться самостоятельно)**

**Оснащение:**

Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, стул.

Этапы	Обоснование
1. Объяснить пациенту ход процедуры, получить его согласие	Соблюдаются права пациента
2. Оценить состояние пациента и окружающие условия	Обеспечивается безопасность пациента
3. Закрепить тормоза кровати	Обеспечивается безопасность пациента
4. Установить высоту кровати на высоту стула	Обеспечивается наименьшая физическая нагрузка на медсестер
5. Надеть маску, провести антисептическую обработку рук, надеть медицинские перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность.
6. Помочь пациенту сесть (ноги пациента не опущены!)	Необходимые условия для дальнейшего перемещения
7. Медицинский работник становится позади пациента: одно колено ставит на кровать и делает захват через руку (см.. Протокол поддержания пациента 22, п. 2.1.2. )	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника и надежное поддержание пациента
8. Передвигать пациента к краю кровати, оставляя его ноги посередине кровати. Продолжать поддерживать пациента, но теперь встать на пол обеими ногами позади него: пациент сидит под углом к краю кровати	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника
9. Помощник удобно ставит стул возле кровати	Исключается риск падения пациента
10. Помощник становится сбоку возле кровати, перед стулом, лицом к пациенту. Ноги согнуты в коленях (положение на корточках), нога, расположенная дальше от кровати, выставлена вперед	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника и пациента
11. Помощник подводит руки под колени и голени пациента и перемещает их к краю кровати	Обеспечивается выполнение процедуры
12. По команде медицинского работника на счет «3» медицинский работник поднимает пациента (см. Протокол поддержания пациента 22, п. 2.1.2.) и пересаживает его на стул, а помощник опускает ноги на пол	Обеспечивается синхронность действий и уменьшается физическая нагрузка на медицинских работников
13. Медицинский работник немного приседает и опускает пациента на стул	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника

14. Снять медицинские перчатки, маску, положить в водонепроницаемый мешок. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность
--	--

**2.1.13. Перемещение пациента с кровати на стул без подлокотников или спинки (выполняют двое или более лиц методом захвата через руку; пациент может сидеть, но не может передвигаться самостоятельно)**

**Оснащение:**

Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, стул.

Этапы	Обоснование
1. Объяснить пациенту ход процедуры, получить его согласие	Соблюдаются права пациента
2. Оценить состояние пациента и окружающие условия	Обеспечивается безопасность пациента
3. Закрепить тормоза кровати	Обеспечивается безопасность пациента
4. Установить высоту кровати на высоту стула	Обеспечивается наименьшая физическая нагрузка на медсестер
5. Надеть маску, провести антисептическую обработку рук, надеть медицинские перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность.
6. Помочь пациенту сесть (ноги пациента не опущены!)	Необходимые условия для дальнейшего перемещения
7. Медицинский работник становится позади пациента: одно колено ставит на кровать и делает захват через руку (см.. Протокол поддержания пациента 22, п. 2.1.2. )	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника и надежное поддержание пациента
8. Передвигать пациента к краю кровати, оставляя его ноги посередине кровати. Продолжать поддерживать пациента, но теперь встать на пол обеими ногами позади него: пациент сидит под углом к краю кровати	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника
9. Помощник удобно ставит стул возле кровати	Исключается риск падения пациента
10. Помощник становится сбоку возле кровати, перед стулом, лицом к пациенту. Ноги согнуты в коленях (положение на корточках), нога, которая дальше от кровати, выставленная вперед	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника и пациента
11. Помощник подводит руки под колени и голени пациента и перемещает их к краю кровати	Обеспечивается выполнение процедуры
12. По команде медицинского работника на счет «3» медицинский работник поднимает пациента (см. Протокол поддержания пациента 22, п. 2.1.2.) и пересаживает его на стул, а помощник опускает ноги на	Обеспечивается синхронность действий и уменьшается физическая нагрузка на медицинских работников

пол	
13. Медицинский работник немного приседает и опускает пациента на стул	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника
14. Снять медицинские перчатки, маску, положить в водонепроницаемый мешок. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность

### 2.1.14. Перемещение пациента из положения, сидя на стуле в положение, лежа в постели (выполняет медицинский работник)

Показания: перемещение пациента в том случае, когда пациент может помочь.

#### Оснащение:

Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, стул.

Этапы	Обоснование
1. Объяснить пациенту ход процедуры, получить его согласие	Соблюдаются права пациента
2. Оценить состояние пациента и окружающие условия. Закрепить тормоза кровати	Обеспечивается безопасность пациента
3. Надеть маску, провести антисептическую обработку рук, надеть медицинские перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность.
4. Поддерживать пациента одним из способов (см. Протокол поддержания пациента 22, п. 2.1.1.-2.1.4.)	Обеспечивается безопасность пациента
5. Медицинский работник предупреждает пациента, что на счет «3» он поможет ему встать (см. Протокол подъема пациента 21, п. 2.1.3.). На каждый счет, слегка раскачиваясь вперед-назад, он создает инерцию. Поставить на счет «3» пациента на ноги, поворачиваться одновременно с ним, нога к ноге, пока пациент не почувствует край кровати задней частью бедра	Обеспечивается безопасность пациента и медицинского работника. За счет инерции уменьшается нагрузка
6. Посадить пациента на кровать. Стать лицом к пациенту, сбоку от него, ближе к голове. Поставить ноги на ширину 30 см. Нога, что ближе к голове, развернута наружу. Согнуть ноги в коленях. Держать спину прямо!	Обеспечиваются безопасность пациента и правильное положение тела медицинского работника
7. Подвести одну руку под колени, располагая их сверху, другой рукой захватить плечи пациента	Обеспечиваются правильное положение тела и безопасность пациента
8. Поднять ноги пациента на кровать, при этом поворачивая его туловище на кровати вокруг оси на 90° и, опуская его голову на подушку	Обеспечиваются правильное положение тела медицинского работника и безопасность пациента
9. Укрыть пациента, убедившись, что он лежит удобно	Обеспечивается комфорт
10. Снять медицинские перчатки, маску, положить в	Обеспечивается инфекционная

водонепроницаемый мешок. Провести гигиеническую обработку рук.	безопасность
--	--------------

### **2.1.15. Перемещение пациента с кровати, на которой регулируется высота, на каталку и наоборот (выполняется вчетвером)**

#### **Оснащение:**

Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, каталка, 2 простыни или простынь и одеяло.

Дополнительная информация: пациент после хирургического вмешательства может оставаться некоторое время в состоянии наркоза или быть в сознании и страдать от боли. Начиная перемещение на каталку (кровать), необходимо знать, какая часть тела была прооперирована, а также другие ограничения, которые следует учитывать во время перемещения (капельница, катетеры и др.). Попросить посетителей, если они пришли навестить пациента, выйти из палаты. В случае необходимости придержать капельницу, дренажные трубки и другие приспособления, попросить помощника помочь.

<b>Этапы</b>	<b>Обоснование</b>
1. Объяснить пациенту ход процедуры, получить его согласие	Соблюдаются права пациента
2. Надеть маску, провести антисептическую обработку рук, надеть медицинские перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность.
<b>2. А. Перемещение с кровати на каталку</b> Медицинский работник и помощник стоят с одной стороны кровати, двое других помощников – с другой. Закрепить тормоза кровати	Обеспечивается равномерная нагрузка на медицинских работников. Обеспечивается безопасность процедуры
3. Поставить каталку с той стороны кровати, куда будут перемещать пациента. Оставить достаточное расстояние, чтобы встать между кроватью и каталкой	Необходимое условие для перемещения
4. Укрыть пациента простыней или одеялом. Сказать пациенту, чтобы он держал простыню или одеяло руками тогда, как медицинский работник свернет одеяло в ножной конец кровати	Не допускается переохлаждение пациента и поддерживается чувство его собственного достоинства
5. Переместить пациента на край кровати, выполняя Протокол перемещения пациента 20, п. 2.1.7., 2.1.8	Необходимое условие для следующего перемещения
6. Расправить простыню и оставить ее на матрасе (не заправлять). Верхней простыней укутать пациента, подвернув концы простыни под него. Стать близко к кровати, чтобы пациент не упал. Примечание: изголовье кровати остается в горизонтальном положении	Обеспечиваются безопасность пациента и правильное положение его тела
7. Медицинский работник и помощник стоят с одной стороны кровати, который противоположен той стороне, куда был переведен пациент, и поддерживают, чтобы он	Обеспечиваются безопасность пациента и возможность проведения процедуры

<p>не упал; два других помощника подкатывают каталку к краю кровати и становятся возле него.</p> <p>Примечание: убедиться, что каталка на одном уровне с кроватью. Не оставлять расстояния между кроватью и каталкой. Проверить, чтобы одеяло лежало на матрасе, а не висело между каталкой и кроватью</p>	
8. Закрепить тормоза на каталке	Обеспечиваются безопасность пациента
9. Свернуть нижнюю простыню в рулон с обеих сторон в направлении к пациенту и придерживать ее ладонями кверху	Обеспечивается последующее выполнение процедуры
10. Медицинский работник и помощник, которые стоят вдоль кровати, становятся на свободную половину кровати на колени (предварительно на эту часть кровати нужно положить протекторы)	Обеспечивается правильное положение тела медицинских работников, защита одежды медицинских работников и постельного белья пациента
11. На счет «3» (команду дает медицинский работник) все четверо поднимают нижнюю простыню и перемещают пациента на каталку вместе с простыней. Убедиться, что пациент лежит посередине каталки.	Обеспечивается безопасность пациента и правильное положение тела медицинского работника
Примечание: если каталка снабжена ремнями – закрепить пациента на каталке	
12. Транспортировка пациента до места назначения: медицинский работник – у изголовья, помощник – у ножного конца каталки	Обеспечивается безопасность пациента и равномерная нагрузка на персонал
13. <b>Б. Перемещение с каталки на кровать</b> Поставить каталку рядом (вплотную к кровати), закрепить тормоза (каталки и кровати) и освободить края простыни (на каталке).	Обеспечивается безопасность пациента и возможность проведения процедуры. Исключается опасность переохлаждения пациента.
Примечание: пациент должен быть укрыт простыней (одеялом)	Обеспечивается поддержание чувства собственного достоинства
14. Два помощника стоят возле каталки, медицинский работник и помощник встают с противоположной от каталки стороны кровати, кладут протекторы на кровать и становятся на него коленями	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника и инфекционная безопасность
15. Заворачивают края простыни в направлении к пациенту. На счет «3» (команду подает медицинский работник) все поднимают простыню, держа ее за края ладонями вверх, и передвигают пациента на край кровати	Обеспечивается синхронность выполнения процедуры и правильное положение тела медицинского работника
16. Медицинский работник и помощник, которые стоят коленями на постели, становятся на пол и поддерживают пациента, тогда как другие помощники отодвигают в сторону каталку, а потом становятся у края кровати	Обеспечивается безопасность пациента

16. Передвинуть пациента к середине кровати, заправить простыню под матрас и расправить ее	Обеспечивается комфорт, уменьшается риск развития пролежней
17. В случае необходимости приподнять голову и плечи пациента (см. Протокол поднимания пациента 21, п. 2.1.1.) и положить небольшую подушку	Обеспечивается комфорт и правильное положение тела пациента
18. Снять медицинские перчатки, маску, положить в водонепроницаемый мешок. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность

### 2.1.16. Перемещение пациента с обычной кровати на каталку и наоборот (выполняется втроем)

#### Оснащение:

Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, каталка.

Дополнительная информация: пациент после хирургического вмешательства может оставаться некоторое время в состоянии наркоза или быть в сознании и страдать от боли. Начиная перемещение на каталку (кровать), стоит знать, какая область тела была прооперирована, а также о других ограничениях, которые следует учитывать во время перемещения (капельница, катетеры и др.). Попросить посетителей, если они пришли к пациенту, покинуть палату. При необходимости придержать капельницу, дренажные трубки и другие приспособления, попросить кого-нибудь помочь.

Этапы	Обоснование
1. Объяснить пациенту ход процедуры (если это возможно), получить его согласие	Обеспечиваются права пациента
2. Расположить каталку под углом не менее чем 60° до ножного конца кровати	Обеспечивается оптимальный доступ к кровати
3. Закрепить тормоза кровати	Обеспечивается безопасность пациента
4. Стать лицом к пациенту вдоль кровати: самое сильное (физически) лицо в центре	Обеспечиваются более равномерное распределение нагрузки и безопасность пациента
5. Поставить одну ногу вперед, согнуть в колене. Другую отставить назад	Обеспечивается правильное положение тела и поддерживается равновесие
6. Надеть маску, провести антисептическую обработку рук, надеть медицинские перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность.
7. Подложить руку (до локтя) под пациента: а) лицо, в изголовье, поднимает голову, поддерживает плечи и верхний отдел спины; б) лицо, что в центре, поддерживает поясничную или	Обеспечивается безопасность пациента и правильное положение тела лиц, перемещающих пациента

крестцовую область и ягодицы; в) лицо, что стоит у ножного конца кровати, поддерживает бедра и голени	
8. Начать подъем пациента: а) по команде медицинского работника на счет «3» каждый человек переносит массу своего тела с ноги, выставленной вперед, на ногу, отставленную назад, плавно подтягивает пациента на край кровати; б) сделать паузу; в) на счет «3» перекалить пациента на себя, прижать и поднять его, разогнув ноги в коленях и выпрямив спину (не держать пациента на вытянутых руках)	Обеспечивается правильное положение тела. Уменьшается физическая нагрузка на лиц, перемещающих пациента
9. Двигаться назад, чтобы стать лицом к каталке: а) лицо, что держит ноги пациента, делает более широкие шаги, чтобы перейти к ножному концу каталки; б) лицо, которое держит голову, плечи и спину пациента, делает неширокие шаги, разворачиваясь лицом к каталке	Обеспечивается удобный доступ к каталке
10. Двигаться вперед (каталки): а) лицо, держит голову, плечи и спину пациента, делает более широкие шаги; б) лицо, что держит ноги пациента, неширокие	Обеспечивается одновременный доступ к каталке
11. На счет «3» согнуть колени и осторожно опустить пациента на каталку	Обеспечиваются безопасность пациента и правильное положение тела лиц, перемещающих пациента
12. Снять медицинские перчатки, маску, положить в водонепроницаемый мешок. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность

### **3. Симптомы и ситуации, при возникновении которых необходимо немедленно сообщить врачу:**

3.1. Резкое ухудшение состояния пациента.

3.2. Отказ пациента от процедуры.

### **4. Ресурсное обеспечение выполнения протокола**

#### **Оснащение:**

4.2. Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, подкладная пеленка, 2 протектора или маленькие подушки.

4.7. Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, подкладная пеленка, протектор или подушка, подкладная пеленка, простыня.

- 4.8. Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, табурет, тапочки.
- 4.9 Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, функциональное кресло-каталка.
- 4.10. Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, функциональное кресло-каталка.
- 4.11. Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, функциональное кресло-каталка.
- 4.12. Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, стул.
- 4.13. Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, стул.
- 4.14. Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, стул.
- 4.15. Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, каталка, 2 простыни или простынь и одеяло.
- 4.16. Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, каталка.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 422 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 Лечебное дело».
2. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 595 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.02 Акушерское дело».
3. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 593 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело».
4. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 23.09.2015 № 561 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 19.01.02 Лаборант-аналитик».
5. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 423 «Об утверждении Государственного образовательного

- стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.03 Лабораторная диагностика».
6. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 24.08.2015 № 421 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 32.02.01 Медико-профилактическое дело».
  7. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 04.06.2015 № 01.1/57 «Об утверждении номенклатуры должностей и специальностей медицинских и фармацевтических работников».
  8. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.06.2015 № 282 «Об утверждении перечня профессий рабочих, должностей служащих, по которым осуществляется профессиональное обучение».
  9. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08.12.2015 № 012.1\628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики».
  10. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 20.08.2015 № 012.1\286 «Об утверждении порядка дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него».
  11. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.08.15 № 012.1/285 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в отдельных учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
  12. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 21.12.15 № 012.1/670 «Об утверждении основных документов по вопросам контроля качества оказания медицинской помощи».
  13. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.11.15 № 012.1/599 «Об утверждении форм первичной учетной документации, которые используются в лабораториях и других учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
  14. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 12.03.15 № 312 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».

15. Приказ МЗ Украины от 21.09.2010 г. №798 «Об утверждении методических рекомендаций» «Хирургическая и гигиеническая обработка рук медицинского персонала».
16. Губенко И.Я., Шевченко А.Т., Бразалий Л.П., Апшай В.Г. Медсестринский уход за пациентом: Стандарты медсестринских процедур, манипуляций и планов ухода и обучения: уч.пособие. – К.: Медицина, 2008.
17. Касевич Н.Н. Основы медсестринства в модулях: уч.пособие. – К.: Медицина, 2009.
18. Касевич Н.М. Общий уход за больными и медицинская манипуляционная техника: учебник. – К.: Медицина, 2008. – 424 с.
19. Ковальчук Л.М. Учебное пособие по хирургии в модулях - К.: «Медицина», 2009.
20. Основы сестринского дела: Алгоритмы манипуляций: учебное пособие Н.В. Широкова и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

И.о. министра



А.А. Оприщенко

ОДОБРЕНО  
Экспертным советом по  
стандартизации медицинской  
помощи в системе Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
08.09.2016 протокол № 3

УТВЕРЖДЕН  
Приказом Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
28.12.2016 № 1555

## **ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ (ФЕЛЬДШЕРА, АКУШЕРКИ) ПО ПОДЪЕМУ ПАЦИЕНТА**

### **1. Паспортная часть**

**1.1. Проблема, связанная со здоровьем:** Неспособность пациента к самостоятельной смене положения тела.

**1.2. Код по МКБ-10:** Не определяется.

**1.3. Цель протокола:** Информационное обеспечение подъема пациента, неспособного к самостоятельной смене положения тела, медицинской сестрой (фельдшером, акушеркой).

**1.4. Дата составления протокола:** март 2016

**1.5. Дата пересмотра протокола:** март 2019

### **1.6. Список и контактная информация лиц, которые участвовали в разработке протокола:**

<b>Составители</b>	<b>Учреждения-разработчики</b>
Шумеева Александра Аркадьевна (председатель рабочей группы), специалист I категории отдела оказания медицинской помощи взрослому населению	Отдел оказания медицинской помощи взрослому населению МЗ ДНР
Ежикова Татьяна Витальевна (заместитель председателя рабочей группы), заместитель главного врача по медсестринству	КУ «ГБ № 2 г. Горловка»
Белецкая Елена Викторовна, заведующий отделением специальности «Сестринское дело»	Горловский медицинский колледж Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
Андрюхова Людмила Владимировна, преподаватель высшей квалификационной категории, преподаватель-методист	

Левитан Ирина Анатольевна, заведующий учебно- производственной практикой, преподаватель высшей квалификационной категории	
Черепанова Лариса Владимировна, главная медсестра	ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 6 г. Макеевки
Доля Лиля Олеговна, заместитель главного врача по медсестринству	Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака МЗ ДНР
Патрикеева Вера Владиславовна, главная медсестра	Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение МЗ ДНР

**1.7. Актуальность проблемы:** необходимость унификации навыков поднимания пациента, неспособного к самостоятельной смене положения тела, с целью оптимизации физической нагрузки и профилактики нарушений биомеханики тела медицинского работника.

## 2. Общая часть.

2.1. Для всех учреждений здравоохранения.

2.1.1. Поднимание головы и плеч пациента (выполняет медицинский работник).

2.1.2. Поднятие пациента в постели с помощью плеча – австралийское поднятие (выполняют двое и больше человек, пациент может помогать).

2.1.3. Поднимание пациента со стула с помощью раскачивания и перемещения его на другой стул, кресло или кровать (выполняет медицинский работник).

Примечание: Поднимание пациента медицинский работник выполняет в маске, перчатках и водонепроницаемом переднике, которые после окончания процедуры составляет в водонепроницаемый мешок

### 2.1.1. Поднятие головы и плеч пациента (выполняет медицинский работник)

Показания: необходимость поправить подушку, расправить одежду или как этап процедуры смены белья.

#### Оснащение:

Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, стул, кресло.

Этапы	Обоснование
1. Объяснить пациенту ход процедуры, получить согласие	Соблюдаются права пациента
2. Закрепить тормоза кровати	Обеспечивается безопасность пациента
3. Опустить с одной стороны боковые перила (если они	Обеспечивается доступ к

есть)	пациенту и его безопасность
4. Стать сбоку от кровати, лицом к изголовью, расставить ноги на 30 см, согнуть в коленях. Не наклоняться вперед!	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника
5. Надеть маску, провести антисептическую обработку рук, надеть медицинские перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность.
6. Попросить пациента помочь: пусть он захватит медицинского работника за плечо, пропустив свою руку под его руку, ухватится за перила кровати	Обеспечивается ход процедуры
7. Медицинский работник пропускает одну руку (ближе к пациенту) под его рукой за его плечом, а другую подкладывает под плечи и шею пациента	Обеспечение выполнения процедуры
8. Поднять голову и плечи пациента, переместив массу своего тела назад, в сторону нижней части кровати. Нельзя возвращать тело пациента, когда поднимаете его!	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника и безопасность пациента
9. Попросить пациента помогать свободной рукой. Поправить подушку рукой, которой поддерживали пациента за плечи и шею	Обеспечиваются участия пациента
10. Опустить плечи и голову пациента на подушку. Убедиться, что он лежит удобно	Обеспечивается комфортное положение в постели
11. Снять медицинские перчатки, маску, положить в водонепроницаемый мешок. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность

### **2.1.2. Поднятие пациента в постели с помощью плеча – австралийское поднятие (выполняют двое и больше человек, пациент может помогать)**

Показания:

- 1) поднимание пациента в постели;
- 2) перемещение с кровати на стул и наоборот.

Противопоказания:

- 1) пациент не может сидеть;
- 2) повреждения или боль в плече, грудной клетке, верхней части спины.

<b>Этапы</b>	<b>Обоснование</b>
1. Объяснить пациенту ход процедуры, получить его согласие	Соблюдаются права пациента
2. Оценить состояние пациента и окружающие условия	Обеспечивается безопасность пациента
3. Опустить кровать на высоту, равную расстоянию от пола до середины бедра медицинского работника. Закрепить тормоза кровати	Обеспечивается безопасность пациента и правильное положение тела медицинского работника
4. Надеть маску, провести антисептическую обработку	Соблюдается инфекционная

рук, надеть медицинские перчатки.	безопасность.
4. Помочь пациенту сесть: медицинский работник поддерживает пациента, помощник – подкладывает подушку в изголовье	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника и безопасность пациента
5. Встать с обеих сторон кровати: а) лицом друг к другу; б) близко к кровати; в) на одном уровне со спиной пациента; г) ноги врозь; д) нога, что ближе к изголовью, развернута в направлении движения; е) согнуть ноги в коленях; ё) держать спину прямо	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника
6. Подвести плечо руки, близкой к пациенту, в подмышечную ямку пациента. Кисть этой руки подвести под туловище пациента. Пациент кладет свои руки на спину медицинским работникам. Если невозможно подвести плечо медицинского работника до подмышечной ямки пациента или пациент не может положить руки медицинскому работнику на спину, медицинский работник размещает свою руку на спине между туловищем и плечом пациента. Кисть другой руки подвести под бедра пациента	Обеспечивается безопасность пациента. Уменьшается дискомфорт, связанный с перемещением
7. Опереться рукой, что ближе к изголовью, на кровать сзади пациента (локоть согнут). Другой рукой, что под бедрами пациента, ближе к ягодицам, медицинские работники берут друг друга за запястья	Обеспечивается достаточная опора и безопасность пациента
8. Предупредить коллегу и пациента, что на счет «3» оба медицинских работника будут поднимать пациента	Обеспечивается синхронность действий
9. Подвести пациента: выпрямляя ногу, ближайшую к ножному концу кровати и перенося массу своего тела на ногу, поближе к изголовью. Локоть надо разогнуть	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника
10. Поднять пациента над кроватью, переместить его на небольшое расстояние и опустить на постель, согнув ногу и руку, обеспечивающую опору	Обеспечивается правильное положение тела. Исключается трение как фактор развития пролежней
11. Повторять действия, описанные в п. 9-10, перемещая пациента на нужное расстояние	Обеспечивается правильное положение тела
12. Обеспечить пациенту необходимое положение в постели	Обеспечивается правильное положение тела и комфорт
13. Снять медицинские перчатки, маску, положить в водонепроницаемый мешок. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность

### 2.1.3. Поднимание пациента со стула с помощью раскачивания и перемещения его на другой стул, кресло или кровать (выполняет медицинский работник)

Показания:

1. перемещают пациента, если он может принимать участие и контролировать положение своей головы и рук;
2. необходимость передвинуть пациента под углом  $90^{\circ}$  со стула на кресло-каталку или любое другое сидение.

Этапы	Обоснование
1. Объяснить пациенту ход процедуры, получить его согласие	Соблюдаются права пациента
2. Оценить состояние пациента и окружающие условия	Обеспечивается безопасность пациента
3. Закрепить тормоза кровати	Обеспечивается безопасность пациента
4. Поставить оба сидения вместе (угол к углу), фиксируя тормоза и сняв боковые подлокотники стульев (кресел)	Обеспечивается безопасность пациента
5. Стать лицом к пациенту, ноги расставить на ширину плеч: одной стопой придерживать стопы пациента, другой – ножку стула	Обеспечивается безопасность пациента и достаточный упор для ног
6. Надеть маску, провести антисептическую обработку рук, надеть медицинские перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность.
7. Попросить пациента наклониться вперед так, чтобы его плечо упиралось в грудную клетку медицинского работника, а голова была между плечом и боковой поверхностью грудной клетки	Обеспечивается безопасность пациента
8. Передвинуть пациента на край стула, расшатывая его из стороны в сторону и переставляя ноги вперед. Колени пациента согнуты под углом $90^{\circ}$ . Колени и стопы сведены	Уменьшается напряжение, связанное с поднятием
9. Поставить одну ногу рядом с пациентом, а другую перед ним, зафиксировать его колени	В этом положении легче: - помочь пациенту встать; - передвинуть его под углом $90^{\circ}$ на другое сиденье; - развернуть его на $180^{\circ}$ на другое сиденье
10. Медицинский работник начинает раскачивание из плавных ритмичных движений, перемещая массу своего тела вперед-назад, удерживая пациента у себя	При помощи массы тела медицинского работника накапливается кинетическая энергия, необходимая для перемещения
11. Медицинский работник предупреждает пациента, что на счет «3» он поможет ему встать, при этом увеличивает	Обеспечивается синхронность действий и участие пациента

амплитуду раскачивания	
12. Поднять пациента и переместить его под углом 90° из данного положения в другое кресло (на стул)	Обеспечивается безопасность перемещения пациента
13. Снять медицинские перчатки, маску, положить в водонепроницаемый мешок. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность

### **3. Симптомы и ситуации, при возникновении которых необходимо немедленно сообщить врачу:**

- 3.1. Резкое ухудшение состояния пациента.
- 3.2. Отказ пациента от процедуры.

### **4. Ресурсное обеспечение выполнения протокола**

#### **Оснащение:**

- 4.1. Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, стул, кресло.

## **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 422 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 Лечебное дело».
2. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 595 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.02 Акушерское дело».
3. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 593 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело».
4. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 23.09.2015 № 561 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 19.01.02 Лаборант-аналитик».
5. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 423 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.03 Лабораторная диагностика».

6. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 24.08.2015 № 421 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 32.02.01 Медико-профилактическое дело».
7. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 04.06.2015 № 01.1/57 «Об утверждении номенклатуры должностей и специальностей медицинских и фармацевтических работников».
8. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.06.2015 № 282 «Об утверждении перечня профессий рабочих, должностей служащих, по которым осуществляется профессиональное обучение».
9. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08.12.2015 № 012.1\628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики».
10. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 20.08.2015 № 012.1\286 «Об утверждении порядка дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него».
11. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.08.15 № 012.1/285 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в отдельных учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
12. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 21.12.15 № 012.1/670 «Об утверждении основных документов по вопросам контроля качества оказания медицинской помощи».
13. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.11.15 № 012.1/599 «Об утверждении форм первичной учетной документации, которые используются в лабораториях и других учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
14. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 12.03.15 № 312 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
15. Приказ МЗ Украины от 21.09.10 г. №798 «Об утверждении методических рекомендаций» «Хирургическая и гигиеническая обработка рук

- медицинского персонала».
16. Губенко И.Я., Шевченко А.Т., Бразалий Л.П., Апшай В.Г. Медсестринский уход за пациентом: Стандарты медсестринских процедур, манипуляций и планов ухода и обучения: уч.пособие. – К.: Медицина, 2008.
  17. Касевич Н.Н. Основы медсестринства в модулях: уч.пособие. – К.: Медицина, 2009.
  18. Касевич Н.М. Общий уход за больными и медицинская манипуляционная техника: учебник. – К.: Медицина, 2008. – 424 с.
  19. Ковальчук Л.М. Учебное пособие по хирургии в модулях - К.: «Медицина», 2009.
  20. Основы сестринского дела: Алгоритмы манипуляций: учебное пособие Н.В. Широкова и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

И.о. министра



А.А. Оприщенко

ОДОБРЕНО  
Экспертным советом по  
стандартизации медицинской  
помощи в системе Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
08.09.2016 протокол № 3

УТВЕРЖДЕН  
Приказом Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
28.12.2016 № 1555

## **ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ (ФЕЛЬДШЕРА, АКУШЕРКИ) ПО ПОДДЕРЖИВАНИЮ ПАЦИЕНТА**

### **1. Паспортная часть**

**1.1. Проблема, связанная со здоровьем:** Неспособность пациента к самостоятельной смене положения тела, перемещения и размещения.

**1.2. Код по МКБ-10:** Не определяется.

**1.3. Цель протокола:** Информационное обеспечение поддержания пациента, неспособного к самостоятельной смене положения тела, перемещения и размещения, медицинской сестрой (фельдшером, акушеркой).

**1.4. Дата составления протокола:** март 2016

**1.5. Дата пересмотра протокола:** март 2019

**1.6. Список и контактная информация лиц, которые участвовали в разработке протокола:**

Составители	Учреждения-разработчики
Шумеева Александра Аркадьевна (председатель рабочей группы), специалист I категории отдела оказания медицинской помощи взрослому населению	Отдел оказания медицинской помощи взрослому населению МЗ ДНР
Ежикова Татьяна Витальевна (заместитель председателя рабочей группы), заместитель главного врача по медсестринству	КУ «ГБ № 2 г. Горловка»
Белецкая Елена Викторовна, заведующий отделением специальности «Сестринское дело»	Горловский медицинский колледж Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
Андрюхова Людмила Владимировна, преподаватель высшей квалификационной категории, преподаватель-методист	

Левитан Ирина Анатольевна, заведующий учебно- производственной практикой, преподаватель высшей квалификационной категории	
Черепанова Лариса Владимировна, главная медсестра	ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 6 г. Макеевки
Доля Лиля Олеговна, заместитель главного врача по медсестринству	Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака МЗ ДНР
Патрикеева Вера Владиславовна, главная медсестра	Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение МЗ ДНР

**1.7. Актуальность проблемы:** необходимость унификации навыков по поддержанию, перемещению и размещению пациента с целью оптимизации физической нагрузки и профилактики нарушений биомеханики тела медицинского работника.

## **2. Общая часть.**

2.1. Для всех учреждений здравоохранения.

2.1.1. Поддерживания пациента во время подъема (выполняют двое или больше лиц).

2.1.2. Удерживание пациента методом «захват через руку» (выполняет один медицинский работник, пациент может помогать).

2.1.3. Удерживание пациента методом «захват с поднятым локтем» (выполняет один медицинский работник, пациент может помогать).

2.1.4. Удерживание пациента методом «подмышечный захват» (выполняет один медицинский работник, пациент может помогать).

2.1.5. Поддерживания пациента по пояс (выполняет один медицинский работник, пациент может помогать).

2.1.6. Поддерживание пациента при ходьбе (выполняет медицинский работник).

Примечание: Поддерживание пациента медицинский работник выполняет в маске, перчатках и водонепроницаемом переднике, которые после окончания процедуры помещаем в водонепроницаемый мешок

**2.1.1. Поддерживания пациента во время подъема (выполняют двое или больше лиц)**

**Оснащение:**

Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, костыли, ходунки, трости.

Этапы	Обоснование
1. Объяснить пациенту ход процедуры, получить его согласие	Обеспечиваются права пациента. Обеспечивается участие пациента в поднимании
2. Надеть маску, провести антисептическую обработку рук, надеть медицинские перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность.
3. Правой кистью обхватить спереди правое запястье вашего помощника – это запястный захват.  а) Или друг друга обхватить правой кистью в области правого запястья, размещая кисть на внешней поверхности – это двойной запястный захват. б) Или соединить правые руки, как при рукопожатии, - это захват рукой. в) Или охватить правой рукой II-V пальцы напарника – это захват пальцами.	Обеспечивается возможность надежного поддержания пациента. Самый надежный и безопасный способ поддержания.  Обеспечивается безопасность пациента, уменьшается нагрузка на медработника. Этот захват не очень надежный, потому что руки могут разжаться, особенно когда они влажные.
4. Поддерживать или перемещать пациента .	Обеспечивается безопасность пациента
5. Снять медицинские перчатки, маску, положить в водонепроницаемый мешок. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность

### 2.1.2. Удерживание пациента методом «захват через руку» (выполняет один медицинский работник, пациент может помогать)

Показания: поддержание сзади и перемещение пациента, способного помогать медицинскому работнику

#### Оснащение:

Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, костыли, ходунки, трости.

Этапы	Обоснование
1. Объяснить пациенту ход процедуры, получить его согласие	Обеспечиваются права пациента Обеспечивается его участие в процедуре
2. Оценить состояние пациента и окружающие условия	Обеспечивается безопасность пациента
3. Надеть маску, провести антисептическую обработку рук, надеть медицинские перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность.
4. Попросить пациента скрестить руки и прижать их к груди (если одна рука ослаблена, пациент охватывает запястье слабой руки сильнее)	Обеспечивается активное участие пациента в перемещении

5. Стать сзади пациента (кресла или стула, на котором он сидит)	Обеспечивается безопасность пациента
6. Просунуть руки сзади между руками и грудной клеткой пациента и охватить его руки как можно ближе до запястий	Обеспечивается безопасность пациента и правильная биомеханика тела медицинского работника
7. Поддерживать или перемещать пациента	Обеспечивается безопасность пациента
8. Снять медицинские перчатки, маску, положить в водонепроницаемый мешок. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность

### **2.1.3. Удерживание пациента методом «захват с поднятым локтем» (выполняет один медицинский работник, пациент может помогать)**

Показания: поддержка и перемещение пациента, способного помочь.

#### **Оснащение:**

Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, костыли, ходунки, трости.

<b>Этапы</b>	<b>Обоснование</b>
1. Объяснить пациенту ход процедуры, получить его согласие	Соблюдаются права пациента. Обеспечивается его участие в процедуре
2. Оценить состояние пациента и окружающие условия	Обеспечивается безопасность пациента
3. Стать сбоку пациента, сидящего на стуле (низкой кровати), лицом к нему. Одну ногу поставить рядом со стулом, другую, слегка повернув стопу, впереди ног пациента, фиксируя своей ногой его колени	Обеспечивается безопасность пациента за счет фиксации колен
4. Медицинский работник должен убедиться, что он удобно стоит и может свободно переносить массу своего тела с одной ноги на другую	Обеспечивается безопасность медицинского работника и пациента
5. Надеть маску, провести антисептическую обработку рук, надеть медицинские перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность.
6. Попросить пациента или помочь ему наклониться вперед так, чтобы его плечо, что ближе к медицинскому работнику, опиралось на его туловище	Обеспечивается безопасность медицинского работника и пациента
7. Наклониться немного вперед и крепко за спину пациента обхватить его за локти, поддерживая их снизу	Обеспечивается безопасность пациента
8. Медицинский работник располагает свое плечо (что дальше от пациента) так, чтобы его плечо (что дальше от медицинского работника) опиралось на его руку	Обеспечивается надежная фиксация туловища пациента во время перемещения и его безопасность. Отсутствует давление на голову и шею пациента

9. Поддержать и переместить пациента	Обеспечивается выполнение процедуры
10. Снять медицинские перчатки, маску, положить в водонепроницаемый мешок. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность

#### **2.1.4. Удерживание пациента методом «подмышечный захват» (выполняет один медицинский работник, пациент может помогать)**

##### **Оснащение:**

Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, костыли, ходунки, трости.

<b>Этапы</b>	<b>Обоснование</b>
1. Объяснить пациенту ход процедуры	Соблюдаются права пациента. Обеспечивается его участие в процедуре
2. Оценить состояние пациента и окружающие условия	Обеспечивается безопасность пациента
3. Стать лицом к пациенту, что сидит: одну ногу поставить рядом с ним, а другую, слегка развернув стопу, поставить впереди ног пациента, фиксируя его колени	Фиксация колен обеспечивает безопасность пациента, снижается риск падения
4. Надеть маску, провести антисептическую обработку рук, надеть медицинские перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность.
5. Продвинуть кисти в подмышечные ямки пациента: Кисть одной руки в направлении спереди назад, ладонью вверх, большой палец вне подмышечной ямки; а другой – в направлении сзади вперед, ладонью вверх, большой палец наружу, вне подмышечной ямкой	Обеспечиваются достаточная фиксация пациента и его безопасность
6. Медицинский работник должен убедиться, что стоит удобно и может свободно переносить массу своего тела с одной ноги на другую	Обеспечивается безопасность медицинского работника и пациента
7. Попросить пациента (или помочь ему) наклониться вперед от бедра так, чтобы его плечо, которое расположено ближе к медицинскому работнику, твердо опиралось на его туловище	Обеспечивается безопасность медицинского работника и пациента
8. Поддержать и переместить пациента	Обеспечивается выполнение процедуры
9. Снять медицинские перчатки, маску, положить в водонепроницаемый мешок. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность

#### **2.1.5 Поддерживание пациента за пояс (выполняет один медицинский работник, пациент может помогать).**

Показания: поддержка и перемещение пациента, способного помочь.

**Оснащение:**

Маска, перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, костыли, ходунки, трости.

Этапы	Обоснование
1. Объяснить пациенту ход процедуры, получить его согласие	Соблюдаются права пациента. Обеспечивается его участие в процедуре
2. Оценить состояние пациента и окружающие условия	Обеспечивается безопасность пациента
3. Стать лицом к пациенту. Одну ногу поставить возле его ноги, а другую – впереди его ног, фиксируя колени	Фиксация колен обеспечивает безопасность пациента, снижает риск падения
4. Убедиться, что пояс надежно застегнут	Обеспечивается безопасность пациента
5. Надеть маску, провести антисептическую обработку рук, надеть медицинские перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность.
6. Заложить большие пальцы обеих рук за пояс брюк пациента (юбки пациентки) и охватить пояс всей рукой	Обеспечивается надежная фиксация и безопасность пациента во время перемещения
7. Попросить пациента помогать поддерживать себя, положив свои руки на талию медицинского работника	Обеспечивается безопасность медицинского работника и пациента
8. Поддержать и переместить пациента	Обеспечивается выполнение процедуры
9. Снять медицинские перчатки, маску, положить в водонепроницаемый мешок. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность

**2.1.6. Поддерживание пациента при ходьбе (выполняет медицинский работник)**

Показания: помощь при ходьбе пациенту после травмы, инсульта и других состояниях.

**Оснащение:**

Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, костыли, ходунки, трости.

Этапы	Обоснование
1. Объяснить пациенту принцип поддерживания во время хождения, получить его согласие	Соблюдаются права пациента
2. Оценить состояние и возможности пациента: что он может сделать самостоятельно; в чем ему необходима	Обеспечивается безопасность пациента

поддержка; нужны ли ему вспомогательные средства (костыли, ходунки, трости)	
3. Надеть маску, провести антисептическую обработку рук, надеть медицинские перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность.
4. Оценить окружающие условия (влажность пола, тапочки, предметы на полу, аппаратуру, мебель на пути движения пациента). Стать рядом с пациентом. Применить «захват большими пальцами ладони»: держать правую руку пациента в своей правой руке (или левую в левой). Рука пациента прямая, опирается ладонью на ладонь медицинского работника, большие пальцы сжаты в замок	Обеспечивается безопасность и поддержка пациента
5. Поддерживать другой рукой пациента за локоть или подмышку, или обхватить пациента за талию	Обеспечивается безопасность пациента
6. Стать как можно ближе к пациенту, поддерживать его колени правой ногой, если пациент чувствует себя неуверенно	В таком положении легче удерживать пациента от падения, прикладывая минимум усилий
7. Передвигаться рядом с пациентом до тех пор, пока он чувствует себя неуверенно	Обеспечивается безопасность пациента
8. Снять медицинские перчатки, маску, положить в водонепроницаемый мешок. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность

### **3. Симптомы и ситуации, при возникновении которых необходимо немедленно сообщить врачу:**

- 3.1. Резкое ухудшение состояния пациента.
- 3.2. Отказ пациента от процедуры.

### **4. Ресурсное обеспечение выполнения протокола**

#### **Оснащение:**

- 4.1. Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, костыли, ходунки, трости.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 422 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 Лечебное дело».
2. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 595 «Об утверждении Государственного образовательного

- стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.02 Акушерское дело».
3. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 593 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело».
  4. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 23.09.2015 № 561 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 19.01.02 Лаборант-аналитик».
  5. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 423 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.03 Лабораторная диагностика».
  6. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 24.08.2015 № 421 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 32.02.01 Медико-профилактическое дело».
  7. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 04.06.2015 № 01.1/57 «Об утверждении номенклатуры должностей и специальностей медицинских и фармацевтических работников».
  8. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.06.2015 № 282 «Об утверждении перечня профессий рабочих, должностей служащих, по которым осуществляется профессиональное обучение».
  9. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08.12.2015 № 012.1\628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики».
  10. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 20.08.2015 № 012.1\286 «Об утверждении порядка дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него».
  11. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.08.15 № 012.1/285 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в отдельных учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».

12. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 21.12.15 № 012.1/670 «Об утверждении основных документов по вопросам контроля качества оказания медицинской помощи».
13. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.11.15 № 012.1/599 «Об утверждении форм первичной учетной документации, которые используются в лабораториях и других учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
14. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 12.03.15 № 312 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
15. Приказ МЗ Украины от 21.09.10 г. №798 «Об утверждении методических рекомендаций» «Хирургическая и гигиеническая обработка рук медицинского персонала».
16. Губенко И.Я., Шевченко А.Т., Бразалий Л.П., Апшай В.Г. Медсестринский уход за пациентом: Стандарты медсестринских процедур, манипуляций и планов ухода и обучения: уч. пособие. – К.: Медицина, 2008.
17. Касевич Н.Н. Основы медсестринства в модулях: уч. пособие. – К.: Медицина, 2009.
18. Касевич Н.М. Общий уход за больными и медицинская манипуляционная техника: учебник. – К.: Медицина, 2008. – 424 с.
19. Ковальчук Л.М. Учебное пособие по хирургии в модулях - К.: «Медицина», 2009.
20. Основы сестринского дела: Алгоритмы манипуляций: учебное пособие Н.В. Широкова и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

И.о. министра



А.А. Оприщенко

ОДОБРЕНО

Экспертным советом по  
стандартизации медицинской  
помощи в системе Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
08.09.2016 протокол № 3



УТВЕРЖДЕН  
Приказом Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
28.12.2016 № 1555

## **ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ (ФЕЛЬДШЕРА, АКУШЕРКИ) ПО ПОВОРОТУ ПАЦИЕНТА**

### **1. Паспортная часть**

**1.1. Проблема, связанная со здоровьем:** Неспособность пациента к самостоятельной смене положения тела.

**1.2. Код по МКБ-10:** Не определяется.

**1.3. Цель протокола:** Информационное обеспечение выполнения поворота пациента, неспособного к самостоятельной смене положения тела, медицинской сестрой (фельдшером, акушеркой).

**1.4. Дата составления протокола:** март 2016

**1.5. Дата пересмотра протокола:** март 2019

**1.6. Список и контактная информация лиц, которые участвовали в разработке протокола:**

Составители	Учреждения-разработчики
Шумеева Александра Аркадьевна (председатель рабочей группы), специалист I категории отдела оказания медицинской помощи взрослому населению	Отдел оказания медицинской помощи взрослому населению МЗ ДНР
Ежикова Татьяна Витальевна (заместитель председателя рабочей группы), заместитель главного врача по медсестринству	КУ «ГБ № 2 г. Горловка»
Белецкая Елена Викторовна, заведующий отделением специальности «Сестринское дело»	Горловский медицинский колледж Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
Андрюхова Людмила Владимировна, преподаватель высшей квалификационной категории, преподаватель-методист	

Левитан Ирина Анатольевна, заведующий учебно- производственной практикой, преподаватель высшей квалификационной категории	
Черепанова Лариса Владимировна, главная медсестра	ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 6 г. Макеевки
Доля Лиля Олеговна, заместитель главного врача по медсестринству	Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака МЗ ДНР
Патрикеева Вера Владиславовна, главная медсестра	Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение МЗ ДНР

**1.7. Актуальность проблемы:** необходимость унификации навыков по повороту пациента с целью оптимизации физической нагрузки и профилактики нарушений биомеханики тела медицинского работника.

## **2. Общая часть.**

2.1. Для всех учреждений здравоохранения.

2.1.1. Вращение пациента с помощью подкладной пеленки и предоставление положения на боку (выполняется вдвоем).

2.1.2. Поворот пациента методом свободного перекачивания и предоставление положения на боку (выполняется вдвоем).

2.1.3. Поворот пациента на бок (выполняет медицинский работник).

2.1.4. Поворот пациента на живот (выполняет один медицинский работник, пациент может помогать).

Примечание: Поворот пациента медицинский работник выполняет в маске, перчатках и водонепроницаемом переднике, которые после окончания процедуры складывает в водонепроницаемый мешок

### **2.1.1. Вращение пациента с помощью подкладной пеленки и обеспечение ему положения на боку (выполняется вдвоем)**

Показания:

- 1) смена белья;
- 2) как предварительный этап для других перемещений;
- 3) размещение в положении на боку.

**Оснащение:**

Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, дополнительные подушки, валики, пеленка, протектор.

Этапы	Обоснование
1. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры, получить его согласие	Соблюдаются права пациента
2. Оценить состояние пациента и окружающие условия. Закрепить тормоза кровати	Обеспечивается безопасность пациента
3. Помощник становится с противоположной стороны кровати	Обеспечивается синхронность выполнения
4. Опустить боковые перила (или одно из них, если процедура выполняется без помощника)	Обеспечивается безопасность пациента
5. Надеть маску, провести антисептическую обработку рук, надеть медицинские перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность.
6. Попросить пациента приподнять голову (если он может это сделать) или самому поднять голову и плечи пациента (см. Протокол поднятия пациента 21, п. 2.1.1.) и убрать подушку. Положить подушку в изголовье кровати	Обеспечиваются безопасность пациента и правильное положение его тела
7. Переместить пациента к краю кровати (см. Протокол перемещения пациента 20, п. 2.1.7., 2.1.8.)	Обеспечивается правильное положение пациента и медицинского работника
8. Попросить пациента сложить руки на груди, затем положить одну ногу на другую, в зависимости от того, куда будут вращать пациента. То есть, если на правый бок, то он должен положить левую ногу на правую и наоборот. Помочь ему при необходимости	Обеспечиваются безопасность пациента во время процедуры и правильное положение его тела
9. Встать с той стороны кровати, куда будут вращать пациента. Положить протектор на кровать возле пациента. Стать как можно ближе к кровати, поднять одну ногу и поставить колено на протектор, другая нога остается опорой	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника. Исключается травмирование медицинского работника.
10. Положить одну руку на плечо пациента, которое находится дальше от медицинского работника, а вторую - на соответствующее бедро. То есть, если пациента следует повернуть на правую сторону (в направлении медицинского работника) - положить левую руку на его левое плечо, а правую – на его левое бедро	Обеспечиваются правильное положение тела и безопасность пациента
11. Помощник вытягивает край подкладной пеленки из-под матраса и сворачивает ее вплотную к телу пациента. Взяться за свернутый конец пеленки ладонями вверх и, крепко упираясь ногами, на счет «3» повернуть пациента на бок, перенося массу своего тела на ногу, стоящую на полу	Обеспечивается безопасность пациента и медицинского работника. Уменьшается физическая нагрузка
12. Помочь пациенту приподнять голову и положить ее на подушку. Примечание: дальнейшие действия зависят от цели поворота	Обеспечивается правильное и удобное положение тела
13. Расположить плечо пациента так, чтобы он не лежал	Исключается осложнение,

на своей руке	связанное с длительным давлением на руку
14. Подложить под спину пациента свернутое одеяло, (валик) чтобы он не возвращался в прежнее положение	Фиксируется положение на боку
15. Положить подушку под руку, что лежит сверху	Исключается давление на кожу
16. Ногу пациента, лежащую сверху, согнуть в колене и подложить под нее подушку	Исключается трение кожи в области колен
17. Расправить подкладную пеленку	Уменьшается риск образования пролежней
18. Поднять боковые поручни. Убедиться, что пациенту удобно	Обеспечивается безопасность пациента
19. Снять медицинские перчатки, маску, положить в водонепроницаемый мешок. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность

### **2.1.2. Поворот пациента методом свободного перекачивания и предоставление положения на боку (выполняется вдвоем)**

Показания:

- 1) смена белья;
- 2) как предварительный этап для других перемещений;
- 3) придание положения на боку.

**Оснащение:**

Маска, перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, дополнительные подушки, подкладная пеленка, протектор.

<b>Этапы</b>	<b>Обоснование</b>
1. Объяснить пациенту ход процедуры, получить его согласие	Соблюдаются права пациента
2. Оценить состояние пациента и окружающие условия. Закрепить тормоза кровати	Обеспечивается безопасность пациента
3. Помощник становится рядом с медицинским работником с одной стороны кровати	Необходимое условие для выполнения процедуры поворота
4. Надеть маску, провести антисептическую обработку рук, надеть медицинские перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность.
5. Убрать подушку из-под головы и приставить ее к изголовью. Положить свои руки под голову и плечи пациента. Помощник кладёт свои руки под бедра и голени пациента	Обеспечивается правильное положение тела пациента. Равномерно распределяется нагрузка на медицинских работников
6. Поставить одну ногу впереди другой, на счет «3» качнуться назад, переместить массу своего тела на ногу, что сзади, и подвинуть пациента к краю кровати	Обеспечивается правильное положение тела обоих медицинских работников
7. Опустить кровать так, чтобы одно колено можно было поставить на протектор, а другая нога осталась на полу	Обеспечиваются правильное положение тела и инфекционная

	безопасность
8. С помощником перейти на другую сторону кровати. Положить подушку между ногами пациента, а его руки сложить на груди	Исключается прижатие руки и трение внутренней поверхности колен и щиколоток. Уменьшается риск развития пролежней
9. Медицинский работник и помощник кладут протекторы на край кровати и ставят одно колено на протектор	Обеспечивается правильное положение тела и инфекционная безопасность
10. Медицинский работник должен положить руки на плечо и таз пациента, помощник – на бедра и голени пациента	Обеспечивается одновременное вращение
11. На счет «3» повернуть пациента лицом к себе, держа его голову, спину и ноги на одной линии	Обеспечивается правильное положение тела пациента
12. Убедиться, что подушка между ногами пациента на месте	Уменьшается риск образования пролежней
13. Обязательно подложить подушку под спину, чтобы сохранить это положение пациента. Положить маленькую подушку под верхнюю руку. Если возможно – положить подушку под голову пациента. Укрыть его	Обеспечивается устойчивое положение пациента, правильное положение тела. Уменьшается риск образования пролежней
14. Поднять боковые поручни. Убедиться, что пациенту удобно	Обеспечивается безопасность пациента
15. Снять медицинские перчатки, маску, положить в водонепроницаемый мешок. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность

### 2.1.3. Поворот пациента на бок (выполняет медицинский работник)

#### Оснащение:

Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, дополнительные подушки, валики, опоры для стоп, протектор, мешочек с просом.

Этапы	Обоснование
1. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры, получить согласие пациента	Соблюдаются права пациента
2. Оценить состояние пациента и окружающие условия. Закрепить тормоза кровати	Обеспечивается безопасность пациента
3. Подготовить дополнительную подушку, валики, сопротивления для ног, протектор	Обеспечивается правильное положение тела
4. Опустить боковые перила (если они есть) с той стороны, где стоит медицинский работник	Обеспечиваются безопасность пациента и доступ к нему
5. Полностью (если это возможно) опустить изголовье кровати; пациент должен лежать горизонтально	Пациент приобретает удобное положение; устраняется давление на костные выступы спины
6. Надеть маску, провести антисептическую обработку	Соблюдается инфекционная

рук, надеть медицинские перчатки.	безопасность.
7. Переместить пациента ближе к краю кровати, противоположной стороне, на которую его будут перемещать (техника перемещения - см. Протокол перемещения пациента 20, п. 2.1.8.)	Обеспечивается достаточно места для поворота пациента на бок
8. Сказать пациенту, что он может помочь, если скрестит руки на груди. В случае поворота пациента на правый бок, пусть кладет левую ногу на правую. Если не может этого сделать самостоятельно, помогите ему или согните его левую ногу (одна рука обхватывает нижнюю треть голени, другая – в подколенной ямке). Левая стопа пациента должна оказаться в подколенной ямке правой ноги	Обеспечивается активное участие пациента. Уменьшается физическая нагрузка на медицинского работника
9. Встать с той стороны кровати, куда поворачиваете пациента. Положить протектор на кровать рядом с пациентом. Стать как можно ближе к кровати, согнуть одну ногу и поставить колено на протектор, другая нога как опора остается на полу	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника. Исключается травма медицинского работника и пациента
10. Положить одну руку на плечо пациента, которое далее от медсестры, а вторую – на соответствующее бедро. То есть, если пациента поворачивают на правый бок в направлении медицинского работника, то левую руку кладут на левое плечо, а правую – на его левое бедро	Обеспечивается равномерное распределение физической нагрузки
11. Повернуть пациента на бок, перенося массу своего тела на ногу, стоящую на полу	Обеспечивается правильное положение тела. Благодаря перемещению пациента на себя уменьшается риск падения и трения кожи
12. Подложить подушку под голову и шею пациента	Обеспечивается выпрямление тела пациента. Уменьшается боковое сгибание шеи. Уменьшается напряжение грудино-ключично-сосцевидной мышцы
13. Выдвинуть вперед нижнее плечо пациента, чтобы он не лежал на своей руке	Уменьшается непосредственное действие массы тела на плечевой сустав
14. Придать обеим рукам пациента слегка согнутое положения. Рука, что сверху, лежит на подушке на уровне плеча	Уменьшаются внутренний поворот и приведение плеча. Обеспечивается защита сустава. Улучшается вентиляция легких, поскольку облегчается подвижность грудной клетки
15. Положить пациенту под спину сложенную вдвое (по длине) подушку	Обеспечивается содержание пациента в положении лежа на

	боку
16. Под верхнюю полусогнутую ногу пациента, что лежит впереди нижней, положить подушку (от пахового участка до стопы)	Обеспечивается надлежащее выпрямление ноги. Устраняется давление на костные выступы
17. Положить мешочек с просом возле стопы нижней ноги. Расправить подкладную пеленку	Обеспечивается тыльное сгибание стопы. Не допускается ее отвисание, обеспечивается профилактика пролежней
18. Удостовериться, что пациенту удобно. Поднять боковые перила	Обеспечивается безопасность пациента
19. Снять медицинские перчатки, маску, положить в водонепроницаемый мешок. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность

#### **2.1.4. Поворот пациента на живот (выполняет один медицинский работник, пациент может помогать)**

Показания:

- 1) вынужденное или пассивное положение;
- 2) риск развития пролежней, смена положения.

**Оснащение:**

Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, одеяло или полотенце, подушки (или поролон в чехле), валики, протектор.

<b>Этапы</b>	<b>Обоснование</b>
1. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры, получить согласие пациента	Соблюдаются права пациента
2. Оценить состояние пациента и окружающие условия. Закрепить тормоза кровати	Обеспечивается безопасность пациента
3. Подготовить свернутое одеяло или полотенце, небольшую подушку, валики	Обеспечивается правильное выполнение процедуры
4. Опустить боковые поручни кровати (если они есть) с той стороны, где стоит медицинский работник	Обеспечиваются безопасность пациента и доступ к нему
5. Опустить изголовье кровати (убрать подушку), придав постели горизонтальное положение	Обеспечиваются правильное положение пациента и возможность его безопасного передвижения
6. Надеть маску, провести антисептическую обработку рук, надеть медицинские перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность.
7. Поднять голову и плечи пациента (см. Протокол поднятие пациента 21, п. 2.1.1.), положить маленькую подушку	Обеспечивается правильное положение пациента (уменьшается переразгибание шейных позвонков)

8. Переместить пациента на край кровати (см. Протокол перемещения пациента 20, п. 2.1.8.)	Обеспечивается пространство для перемещения
9. Разогнуть руку пациента в локтевом суставе, прижать ее к туловищу по всей длине, подложить кисть под бедро или поднять руку вверх и вытянуть ее вдоль головы	Рука не будет мешать во время перемещения пациента. Исключается угроза прижатия руки (во время перемещения пациента на живот)
10. Поднять боковые поручни кровати. Перейти на другую сторону кровати. Опустить боковые поручни с этой стороны кровати	Обеспечивается безопасность пациента
11. Положить свернутую небольшую подушку на ту часть кровати, куда будут переворачивать верхнюю часть живота пациента. Поставить колено на кровать пациента, подложив под колено небольшую подушку (протектор); другая нога остается на полу как опора. Положить одну руку на плечо пациента, которое расположено дальше от медицинского работника, а другую руку – на бедро, что так же расположено дальше	Обеспечиваются безопасность пациента и медицинского работника и правильное положение тела
12. Перевернуть пациента на живот в сторону медицинского работника. Голова пациента должна быть повернута на бок	Обеспечивается безопасность пациента
13. Подложить подушку под голени, чтобы пальцы не касались кровати	Исключается давление на пальцы
14. Согнуть руку, к которой повернута голова пациента, в локтевом суставе под углом 90°	Обеспечиваются правильное положение тела пациента и его безопасность
15. Положить подушку (или поролон в чехле) под локти, предплечья, кисти	Обеспечивается профилактика пролежней
16. Подложить небольшие валики рядом со стопами (с внешней стороны)	Исключается поворот стопы наружу
17. Расправить простыню и подкладную пеленку	Обеспечивается комфорт пациента и профилактика пролежней
18. Удостовериться, что пациенту удобно. Поднять боковые перила	Обеспечивается безопасность пациента
19. Снять медицинские перчатки, маску, положить в водонепроницаемый мешок. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность

### **3. Симптомы и ситуации, при возникновении которых необходимо немедленно сообщить врачу:**

- 3.1. Резкое ухудшение состояния пациента.
- 3.2. Отказ пациента от процедуры.

#### **4. Ресурсное обеспечение выполнения протокола**

##### **Оснащение:**

4.1. Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, дополнительные подушки, валики.

4.2. Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, дополнительные подушки, подкладная пеленка, протектор.

4.3. Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, дополнительные подушки, валики, опоры для стоп, протектор, мешочек с просом.

4.4. Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, одеяло или полотенце, подушки (или поролон в чехле), валики, протектор.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 422 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 Лечебное дело».
2. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 595 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.02 Акушерское дело».
3. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 593 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело».
4. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 23.09.2015 № 561 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 19.01.02 Лаборант-аналитик».
5. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 423 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.03 Лабораторная диагностика».
6. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 24.08.2015 № 421 «Об утверждении Государственного образовательного

- стандарта среднего профессионального образования по специальности 32.02.01 Медико-профилактическое дело».
7. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 04.06.2015 № 01.1/57 «Об утверждении номенклатуры должностей и специальностей медицинских и фармацевтических работников».
  8. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.06.2015 № 282 «Об утверждении перечня профессий рабочих, должностей служащих, по которым осуществляется профессиональное обучение».
  9. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08.12.2015 № 012.1\628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики».
  10. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 20.08.2015 № 012.1\286 «Об утверждении порядка дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него».
  11. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.08.15 № 012.1/285 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в отдельных учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
  12. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 21.12.15 № 012.1/670 «Об утверждении основных документов по вопросам контроля качества оказания медицинской помощи».
  13. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.11.15 № 012.1/599 «Об утверждении форм первичной учетной документации, которые используются в лабораториях и других учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
  14. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 12.03.15 № 312 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
  15. Приказ МЗ Украины от 21.09.10 г. №798 «Об утверждении методических рекомендаций» «Хирургическая и гигиеническая обработка рук медицинского персонала».

16. Губенко И.Я., Шевченко А.Т., Бразалий Л.П., Апшай В.Г. Медсестринский уход за пациентом: Стандарты медсестринских процедур, манипуляций и планов ухода и обучения: уч.пособие. – К.: Медицина, 2008.
17. Касевич Н.Н. Основы медсестринства в модулях: уч.пособие. – К.: Медицина, 2009.
18. Касевич Н.М. Общий уход за больными и медицинская манипуляционная техника: учебник. – К.: Медицина, 2008. – 424 с.
19. Ковальчук Л.М. Учебное пособие по хирургии в модулях - К.: «Медицина», 2009.
20. Основы сестринского дела: Алгоритмы манипуляций: учебное пособие Н.В. Широкова и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

И.о. министра



А.А. Оприщенко

ОДОБРЕНО

Экспертным советом по  
стандартизации медицинской  
помощи в системе Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
08.09.2016 протокол № 3

УТВЕРЖДЕН  
Приказом Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
28.12.2016 № 1555

## ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ (ФЕЛЬДШЕРА, АКУШЕРКИ) ПО РАЗМЕЩЕНИЮ ПАЦИЕНТА

### 1. Паспортная часть

**1.1. Проблема, связанная со здоровьем:** Неспособность пациента к самостоятельному изменению положения тела и размещению.

**1.2. Код по МКБ-10:** Не определяется.

**1.3. Цель протокола:** Информационное обеспечение размещения пациента, не способного к самостоятельной смене положения тела медицинской сестрой (фельдшером, акушеркой).

**1.4. Дата составления протокола:** март 2016

**1.5. Дата пересмотра протокола:** март 2019

**1.6. Список и контактная информация лиц, которые участвовали в разработке протокола:**

Составители	Учреждения-разработчики
Шумеева Александра Аркадьевна (председатель рабочей группы), специалист I категории отдела оказания медицинской помощи взрослому населению	Отдел оказания медицинской помощи взрослому населению МЗ ДНР
Ежикова Татьяна Витальевна (заместитель председателя рабочей группы), заместитель главного врача по медсестринству	КУ «ГБ № 2 г. Горловка»
Белецкая Елена Викторовна, заведующий отделением специальности «Сестринское дело»	Горловский медицинский колледж Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
Андрюхова Людмила Владимировна, преподаватель высшей квалификационной категории, преподаватель-методист	

Левитан Ирина Анатольевна, заведующий учебно- производственной практикой, преподаватель высшей квалификационной категории	
Черепанова Лариса Владимировна, главная медсестра	ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 6 г. Макеевки
Доля Лиля Олеговна, заместитель главного врача по медсестринству	Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака МЗ ДНР
Патрикеева Вера Владиславовна, главная медсестра	Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение МЗ ДНР

**1.7.Актуальность проблемы:** необходимость унификации навыков по размещению пациента, не способного к самостоятельной смене положения тела, с целью оптимизации физической нагрузки и профилактики нарушений биомеханики тела медицинского работника.

## **2. Общая часть.**

2.1. Для всех учреждений здравоохранения.

2.1.1. Размещение пациента в кресле-каталке (выполняется вдвоем).

Примечание: Размещение пациента медицинский работник выполняет в маске, перчатках и водонепроницаемом переднике, которые после окончания процедуры складывает в водонепроницаемый мешок

### **2.1.1. Размещение пациента в кресле-каталке (выполняется вдвоем)**

#### **Оснащение:**

Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, кресло-каталка.

<b>Этапы</b>	<b>Обоснование</b>
1. Объяснить пациенту ход процедуры, получить согласие на проведение	Соблюдаются права пациента
2. Оценить состояние пациента и окружающие условия. Закрепить тормоза кровати. Поставить кресло-каталку рядом с ножным концом кровати. По возможности опустить кровать до уровня стула	Обеспечивается безопасность пациента
3. Проверить, закреплены ли тормоза кресла-каталки	Обеспечивается безопасность пациента
4. Надеть маску, провести антисептическую обработку рук, надеть медицинские перчатки.	Соблюдается инфекционная безопасность.

5. Встать позади кресла-каталки, лицом к спине пациента	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника
6. Обеспечить себе надежную опору: одну ногу поставить так, чтобы она упиралась в спинку кресла, другую отставить немного назад на ширине плеч от первой ноги. Согнуть колени	Обеспечивается правильное положение тела медицинского работника
7. Помощник приседает на одно колено сбоку от пациента. Подняв его ноги до уровня бедер, кладет их на свое колено	Обеспечивается безопасность пациента, облегчает его передвижение
8. Поддержать голову пациента своей грудной клеткой или плечом. Сделать захват через руку (см. Протокол поддержания пациента 1.20., п. 2.1.2.). Держать спину прямо, напрягая мышцы живота и ягодиц	Обеспечивается безопасность пациента и правильное положение тела медицинского работника
9. Медицинский работник предупреждает пациента и помощника, что на счет «3» подвинет пациента к спинке кресла	Обеспечивается возможность одновременного участия пациента, медицинского работника и помощника в передвижении
10. На счет «3»: а) медицинский работник чуть поднимает бедра пациента и передвигает их в направлении к спинке кресла; б) помощник подтягивает пациента к спинке кресла, используя скольжение, а не поднимая его над креслом	Исключается трение задней поверхности бедра по креслу
11. Убедиться, что пациенту удобно	Обеспечивается безопасность пациента
12. Снять медицинские перчатки, маску, положить в водонепроницаемый мешок. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность

### **3. Симптомы и ситуации, при возникновении которых необходимо немедленно сообщить врачу:**

3.1. Резкое ухудшение состояния пациента.

3.2. Отказ пациента от процедуры.

### **4. Ресурсное обеспечение выполнения протокола.**

#### **Оснащение:**

4.1. Маска, медицинские перчатки, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, кресло-каталка.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 422 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 Лечебное дело».
2. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 595 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.02 Акушерское дело».
3. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 593 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело».
4. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 23.09.2015 № 561 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 19.01.02 Лаборант-аналитик».
5. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 423 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.03 Лабораторная диагностика».
6. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 24.08.2015 № 421 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 32.02.01 Медико-профилактическое дело».
7. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 04.06.2015 № 01.1/57 «Об утверждении номенклатуры должностей и специальностей медицинских и фармацевтических работников».
8. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.06.2015 № 282 «Об утверждении перечня профессий рабочих, должностей служащих, по которым осуществляется профессиональное обучение».
9. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08.12.2015 № 012.1\628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики».

10. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 20.08.2015 № 012.1\286 «Об утверждении порядка дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него».
11. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.08.15 № 012.1/285 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в отдельных учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
12. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 21.12.15 № 012.1/670 «Об утверждении основных документов по вопросам контроля качества оказания медицинской помощи».
13. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.11.15 № 012.1/599 «Об утверждении форм первичной учетной документации, которые используются в лабораториях и других учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
14. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 12.03.15 № 312 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
15. Приказ МЗ Украины от 21.09.10 г. №798 «Об утверждении методических рекомендаций» «Хирургическая и гигиеническая обработка рук медицинского персонала».
16. Губенко И.Я., Шевченко А.Т., Бразалий Л.П., Апшай В.Г. Медсестринский уход за пациентом: Стандарты медсестринских процедур, манипуляций и планов ухода и обучения: уч.пособие. – К.: Медицина, 2008.
17. Касевич Н.Н. Основы медсестринства в модулях: уч.пособие. – К.: Медицина, 2009.
18. Касевич Н.М. Общий уход за больными и медицинская манипуляционная техника: учебник. – К.: Медицина, 2008. – 424 с.
19. Ковальчук Л.М. Учебное пособие по хирургии в модулях - К.: «Медицина», 2009.

20. Основы сестринского дела: Алгоритмы манипуляций: учебное пособие Н.В. Широкова и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

И.о. министра



А.А. Оприщенко

ОДОБРЕНО  
Экспертным советом по  
стандартизации медицинской  
помощи в системе Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
08.09.2016 протокол № 3

УТВЕРЖДЕН  
Приказом Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
28.12.2016 № 1555

## **ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ (ФЕЛЬДШЕРА, АКУШЕРКИ) ПО ПРОВЕДЕНИЮ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР**

### **1. Паспортная часть**

**1.1. Проблема, связанная со здоровьем:** необходимость проведения физиотерапевтических процедур.

**1.2. Код по МКБ-10:** Не определяется.

**1.3. Цель протокола:** Информационное обеспечение проведения медицинской сестрой (фельдшером, акушеркой) физиотерапевтических процедур.

**1.4. Дата составления протокола:** март 2016

**1.5. Дата пересмотра протокола:** март 2019

**1.6. Список и контактная информация лиц, которые участвовали в разработке протокола:**

Составители	Учреждения-разработчики
Шумеева Александра Аркадьевна (председатель рабочей группы), специалист I категории отдела оказания медицинской помощи взрослому населению	Отдел оказания медицинской помощи взрослому населению МЗ ДНР
Ежикова Татьяна Витальевна (заместитель председателя рабочей группы), заместитель главного врача по медсестринству	КУ «ГБ № 2 г. Горловка»
Белецкая Елена Викторовна, заведующий отделением специальности «Сестринское дело»	Горловский медицинский колледж Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
Андрюхова Людмила Владимировна, преподаватель высшей квалификационной категории, преподаватель-методист	
Левитан Ирина Анатольевна, заведующий учебно- производственной практикой,	

преподаватель высшей квалификационной категории	
Черепанова Лариса Владимировна, главная медсестра	ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 6 г. Макеевки
Доля Лиля Олеговна, заместитель главного врача по медсестринству	Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака МЗ ДНР
Патрикеева Вера Владиславовна, главная медсестра	Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение МЗ ДНР

**1.7. Актуальность проблемы:** необходимость проведения физиотерапевтических процедур.

При прохождении курса физиотерапевтического лечения для получения наилучших результатов пациенту необходимо объяснить:

1) приходить на процедуры в установленные дни и часы. Обязательно перед процедурой сообщить о всяком недомогании, общей слабости и повышенной температуре. Женщинам необходимо предупреждать о наличии у них менструаций;

2) в день флюорографического обследования и рентгенологического обследования физиотерапевтические процедуры не отпускаются;

3) физиотерапевтические процедуры не рекомендуется проводить натощак

## **2. Общая часть.**

2.1. Для всех учреждений здравоохранения.

2.1.1. Проведение физиотерапевтической процедуры «Гальванизация» или «Электрофорез».

2.1.2. Проведение физиотерапевтической процедуры «Дидинамотерапия».

2.1.3. Проведение физиотерапевтической процедуры «Амплипульстерапия».

2.1.4. Проведение физиотерапевтической процедуры «Дарсонвализация».

2.1.5. Проведение физиотерапевтической процедуры «УВЧ-терапия».

2.1.6. Проведение физиотерапевтической процедуры «Индуктометрия».

2.1.7. Проведение физиотерапевтической процедуры «ДМВ-терапия».

2.1.8. Проведение физиотерапевтической процедуры «СМВ-терапия».

2.1.9. Проведение физиотерапевтической процедуры «КВЧ-терапия».

2.1.10. Проведение физиотерапевтической процедуры «Магнитотерапия».

2.1.11. Проведение физиотерапевтической процедуры «Франклиннизация».

2.1.12. Проведение физиотерапевтической процедуры «Ультразвуковая терапия» или «Ультрафонофорез».

2.1.13. Проведение физиотерапевтической процедуры «Ультрафиолетовое облучение».

2.1.14. Проведение физиотерапевтической процедуры «УФО носоглотки».

2.1.15. Проведение физиотерапевтической процедуры «Лазеротерапия».

- 2.1.16. Проведение физиотерапевтической процедуры «Аэрозольтерапия».
- 2.1.17. Проведение физиотерапевтической процедуры «Вакуумный массаж».
- 2.1.18. Проведение физиотерапевтической процедуры «Лечебный массаж».
- 2.1.19. Проведение физиотерапевтической процедуры «Лечебные ванны» (соляно-хвойные, йодо-бромные, морские).
- 2.1.20. Проведение физиотерапевтической процедуры «Подводный душ-массаж».

### **2.1.1. Проведение физиотерапевтической процедуры «Гальванизация» или «Электрофорез»**

**Цель:** применение с лечебной целью воздействий постоянным электрическим током низкого напряжения (до 80 В), постоянной силы тока (до 50 мА).

**Показания:**

- 1) воспалительные заболевания внутренних органов, периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата на фоне гиперреактивности;
- 2) гипертоническая болезнь, ВСД по гипертоническому типу, ишемическая болезнь сердца;
- 3) бронхиальная астма, ХОЗЛ;
- 4) язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;
- 5) переломы;
- 6) дегенеративно-дистрофические заболевания органов двигательного аппарата;
- 7) функциональные заболевания центральной нервной системы;
- 8) болезнь обмена веществ (ожирение, сахарный диабет, гипотиреоз);

**Оснащение:** аппарат для гальванизации, гидрофильные прокладки, лекарственные растворы, мешочки с песком, резиновые бинты, часы, ручка.

<b>Этапы</b>	<b>Обоснование</b>
<b>I. Подготовка к процедуре.</b>	
1. Подготовить к работе аппараты «Поток-1», «ВТЛ-05», «ВТЛ-06» или другие	Обеспечивается быстрое и эффективное проведение процедуры
2. Перед проведением процедуры визуально проверить исправность сетевого кабеля, проводов и электродов.	Обеспечивается безопасность при пользовании электроаппаратурой
3. Перед началом процедуры ознакомиться с назначением врача.	Исключается возможность проведения ошибочной процедуры
4. Объяснить пациенту ход процедуры и его ощущение во время процедуры (легкое покалывание).	Устанавливается контакт с пациентом
5. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдаются права пациента

6. Провести гигиеническую рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Осмотреть целостность кожи на месте наложения электродов, при необходимости обработать кожу спиртом, изолировать поврежденные участки кожи.	Соблюдаются условия проведения процедуры
2. Помочь пациенту принять удобное положение	Обеспечивается комфорт при проведении процедуры
3. Приготовить гидрофильные прокладки, соответствующего размера и формы, смочить их в теплой воде и отжать.	Соблюдаются условия проведения процедуры
4. Регулятор тока вывести в крайнее левое положение. Включить аппарат (должна загореться сигнальная лампочка).	Обеспечивается последовательность проведения процедуры.
<p>5. Выполнить последовательно:</p> <p>а) расположить теплые гидрофильные прокладки на теле пациента;</p> <p>б) поверх гидрофильных прокладок - свинцовые пластины, при проведении электрофореза между телом и гидрофильной прокладок прокладывают лист фильтровальной бумаги или 2-4 слоя марли такой же площади, как и прокладка, пропитанные раствором лекарственного вещества.</p> <p>Примечание: расстояние между электродами при поперечном или продольном их расположении должно быть не меньше половины площади гидрофильной прокладки электрода;</p> <p>в) зафиксировать электроды мешочком с песком, весом тела пациента или резиновым бинтом. При необходимости укрыть пациента.</p> <p>г) рассчитать силу тока для данной методики;</p> <p>д) выставить переключатель шунта миллиамперметра на 5 мА или 50 мА. Плавно вращая регулятор силы тока, увеличить силу тока до необходимой величины, которая рассчитывается по формуле: плотность тока умножить на площадь гидрофильной прокладки;</p> <p>е) зафиксировать время процедуры;</p> <p>ё) предупредить пациента, что при появлении неприятных ощущений (сильное покалывание, жжение) необходимо сообщить об этом медсестре;</p> <p>ж) по окончании процедуры плавно вывести регулятор силы тока в крайнее левое положение (стрелка миллиамперметра должна быть на 0).</p> <p>з) отключить аппарат (погаснет сигнальная лампочка).</p>	Обеспечивается последовательность проведения процедуры.

<p><b>III. Окончание процедуры</b></p> <p>1. Снять электроды. Узнать у пациента о его самочувствии, помочь ему встать.</p> <p>Осмотреть кожу в месте воздействия. Объяснить, что на коже может остаться на непродолжительное время гиперемия (но раздражения или других изменений быть не должно).</p> <p>Напомнить пациенту о времени и дате следующей процедуры.</p>	<p>Определяется реакция пациента на процедуру</p>
<p>2. Провести обработку гидрофильных прокладок (стирка с хозяйственным мылом, кипячение согласно полярности, в течение 30 минут после закипания).</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>
<p>3. Вымыть и высушить руки.</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>
<p>4. Сделать запись о проведении процедуры.</p>	<p>Обеспечивается документирование и последовательность медсестринского ухода</p>

### 2.1.2. Проведение физиотерапевтической процедуры «Дидинамотерапия»

**Цель:** лечебное влияние постоянными токами с импульсами полусинусоидальной формы частотой 50 и 100 Гц, которые применяются раздельно или при непрерывном чередовании составе коротких или длинных периодов малой силы тока (до 60мА) и низкого напряжения (30-60В).

**Показания:**

- 1) электростимуляция мышц;
- 2) болевые синдромы при воспалительных заболеваниях внутренних органов, периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата
- 3) болевые синдромы при дегенеративно-деструктивных заболеваниях;
- 4) заболевания и повреждение органов опорно-двигательного аппарата и движения, внутренних органов, заболеваний периферической нервной системы;
- 5) болевые синдромы при дегенеративно-деструктивных заболеваниях опорно-двигательного аппарата;
- 6) посттравматические болевые синдромы;
- 7) болевые синдромы вегето-сосудистого характера.

**Оснащение:** аппарат для дидинамотерапии, гидрофильные прокладки, мешочки с песком, резиновые бинты, часы, ручка.

Этапы	Обоснование
<p><b>I. Подготовка к процедуре.</b></p> <p>1. Подготовить к работе аппараты «Модель 717», «ДТ-50-3», «Тонус-1», «Дидинамик», «Радиус-01», «ВТЛ-05», «ВТЛ-06» или</p>	<p>Обеспечивается быстрое и эффективное проведение процедуры</p>

другие	
2. Перед проведением процедуры визуально проверить исправность сетевого кабеля, заземление.	Соблюдается безопасность при пользовании электроаппаратурой.
3. Перед началом процедуры ознакомиться с назначением врача.	Исключается возможность проведения ошибочной процедуры.
4. Объяснить пациенту суть и ход процедуры и его ощущение во время процедуры (вибрация или сокращение мышц).	Устанавливается контакт с пациентом.
5. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдаются права пациента
6. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Помочь пациенту принять удобное положение	Обеспечивается комфорт при проведении процедуры
2. Выполнить последовательно: а) вывести все переключатели в крайнее левое положение; б) осмотреть целостность кожи на месте наложения электродов; в) подготовить гидрофильные прокладки, смоченные в теплой воде, расположить их согласно назначению врача; г) расположить электродные пластины, соединенные токнесущим проводом с аппаратом; д) зафиксировать электроды на теле пациента мешочком с песком, резиновыми бинтами или весом пациента. При необходимости укрыть пациента; е) включить аппарат - должна загореться сигнальная лампочка; ё) установить форму тока и полярность (+ или -), завести процедурные часы (1-3 мин); ж) плавно увеличить силу тока до появления выраженных, но безболезненных ощущений вибрации; Примечание: так как во время процедуры меняют различные формы тока, их переключение необходимо производить только после уменьшения тока в цепи до нуля;	Обеспечивается последовательность проведения процедуры Соблюдаются условия проведения процедуры

з) по окончании процедуры повернуть ручку потенциометра против часовой стрелки, вывести силу тока до 0, выключить аппарат.	
<b>III. Окончание процедуры</b> 1. Снять электроды с пациента, осмотреть кожу. Узнать у пациента о его самочувствии, помочь ему встать. Объяснить, что на коже может остаться гиперемия на непродолжительное время. Напомнить пациенту о времени и дате следующей процедуры.	Определяется реакция пациента на процедуру
2. Провести обработку гидрофильных прокладок (стирка с хозяйственным мылом, кипячение согласно полярности, в течение 30 минут после закипания).	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Сделать запись о проведении процедуры.	Обеспечивается документирование и последовательность медсестринского ухода

### 2.1.3. Проведение физиотерапевтической процедуры «Амплипульстерапия»

**Цель:** лечение синусоидально-модулированным током, переменным, синусоидальной формы с фоновой частотой 5000 Гц, модулирующей частотой 1-150 Гц, малой силы тока (до 100 мА), низкого напряжения (30-60В).

**Показания:**

- 1) электростимуляция мышц;
- 2) болевые синдромы при воспалительных заболеваниях внутренних органов, периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата;
- 3) болевые синдромы при дегенеративно-деструктивных заболеваниях;
- 4) заболевания и повреждение органов опоры и движения, внутренних органов, заболеваний периферической нервной системы;
- 5) болевые синдромы при дегенеративно-деструктивных заболеваниях опорно-двигательного аппарата;
- 6) посттравматические болевые синдромы;
- 7) болевые синдромы вегето-сосудистого характера.

**Оснащение:** аппарат для амплипульстерапии, гидрофильные прокладки, мешочки с песком, резиновые бинты, часы, ручка.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре.</b> 1. Подготовить к работе аппараты «Амплипульс - 4», «Амплипульс - 5», «Амплипульс - 6», «Стимул - 2», «ВТЛ-05», «ВТЛ-06» или другие	Обеспечивается эффективное проведение процедуры
2. Перед проведением процедуры визуально проверить исправность сетевого кабеля, заземление.	Соблюдаются меры безопасности при пользовании электроаппаратурой.
3. Перед началом процедуры ознакомиться с назначением врача.	Исключается возможность проведения ошибочной процедуры.
4. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдаются права пациента
5. Объяснить пациенту ход процедуры и его ощущение во время процедуры.	Установление контакта с пациентом.
6. Провести гигиеническую обработку рук	Соблюдается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b> 1. Помочь пациенту принять удобное положение	Обеспечивается комфорт при проведении процедуры
2. Выполнить последовательно: а) вывести все ручки в крайнее левое положение; б) осмотреть целостность кожи в месте наложения электродов; в) подготовить гидрофильные прокладки, смоченные в теплой воде; наложить их согласно назначению врача; г) расположить электродные пластины. Примечание: при введении лекарственного препарата - согласно полярности; д) зафиксировать электроды на теле пациента мешочком с песком или весом пациента. При необходимости укрыть пациента; е) включить аппарат - должна загореться сигнальная лампочка; ё) выставить диапазон (до 20 мА - в детской практике, до 80мА - у взрослых); ж) выставить род работы, режим работы, продолжительность импульсов, частоту, глубину модуляции; з) медленно проворачивая ручку потенциометра увеличивать силу тока в зависимости от ощущений пациента (выраженная, безболезненная вибрация или	Обеспечивается последовательность проведения процедуры Соблюдаются условия проведения процедуры

<p>сокращение мышц);  и) засечь время процедуры (3-5 минут);  к) по окончании времени, повернуть ручку потенциометра против часовой стрелки, вывести силу тока до 0.  л) переключить на другой режим работы, оставив без изменений другие показатели;  м) медленно проворачивая ручку потенциометра увеличивать силу тока в зависимости от ощущений пациента (выраженная, безболезненная вибрация или сокращение мышц);  н) засечь время процедуры (3-5 минут);  о) по окончании процедуры отключить аппарат</p>	
<p><b>III. Окончание процедуры</b>  1. Снять электроды, осмотреть кожу на месте процедуры.  Спросить у пациента о его самочувствии, помочь ему встать. Объяснить, что на коже может остаться непродолжительная гиперемия.  Напомнить пациенту о времени и дате следующей процедуры.</p>	<p>Определяется реакция пациента на процедуру.</p>
<p>2. Провести обработку гидрофильных прокладок (стирка с хозяйственным мылом, кипячение согласно полярности, в течение 30 минут после закипания).</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>
<p>3. Провести гигиеническую обработку рук</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>
<p>4. Сделать запись о проведении процедуры.</p>	<p>Обеспечивается документирование и последовательность медсестринского ухода</p>

#### 2.1.4. Проведение физиотерапевтической процедуры «Дарсонвализация»

**Цель:** применение с лечебной целью искрового разряда высокой частоты (110 кГц) и напряжения (20-30 кВ) при малой силе (до 0,015 мА).

**Показания:** раневые процессы (трофические язвы, раны, повреждение кожи), заболевания кожи (экзема, нейродермиты, герпес), алопеция, зудящие дерматозы;

1) сосудистая патология (эндартериит в начальной стадии, варикозное расширение вен нижних конечностей, мигрень, атеросклероз сосудов головного мозга, болезнь Рейно, геморрой, вазомоторный ринит);

2) расстройство сна, климактерический невроз, энурез, нейроциркуляторная дистония;

- 3) невриты и миозиты;
- 4) трещины ануса и влагалища, эрозии шейки матки;
- 5) фарингиты, стоматиты.

**Оснащение:** аппарат для дарсонвализации, вакуумные электроды, 70% этиловый спирт, тальк, стерильный вазелин, часы, ручка.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Для проведения процедуры подготовить аппарат «Искра-1» или другие	Обеспечивается эффективное проведение процедуры
2. Перед проведением процедуры проверить визуально исправность сетевого кабеля, провода к резонатору, заземлению.	Соблюдаются меры безопасности при пользовании электроаппаратурой
3. Проверить аппарат. Для этого необходимо соединить провод резонатора с выходным отверстием на аппарате, включить мощность, настройку и поднести резонатор к корпусу аппарата (при этом через несколько минут между аппаратом и резонатором должен появиться искровой разряд).	Соблюдаются меры безопасности при пользовании электроаппаратурой
4. Вывести все показатели в крайнее левое положение.	Обеспечивается эффективное проведение процедуры
5. Перед началом процедуры ознакомиться с назначением врача.	Исключается возможность проведения ошибочной процедуры
6. Объяснить пациенту ход процедуры и его ощущение во время процедуры. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Устанавливается контакт с пациентом. Соблюдаются права пациента
7. Провести гигиеническую обработку рук	Соблюдается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. В резонатор аппарата вставить вакуумный электрод нужной формы (грибовидный, десневой, гребешковый, полостной или ушной)	Соблюдаются условия проведения процедуры
2. Обработать электрод спиртом.	Соблюдается инфекционная безопасность
3. Помочь пациенту принять удобное положение	Обеспечивается комфорт при проведении процедуры
4. Участок кожи, который подлежит воздействию, припудрить тальком, а при полостной методике электрод смазать стерильным вазелином.	Обеспечивается легкое скольжение при проведении процедуры

<p>5. Выполнить последовательно:</p> <p>а) включить «Сеть» (загорится сигнальная лампочка);</p> <p>б) выставить необходимые параметры;</p> <p>в) прогреть аппарат 3 минуты;</p> <p>г) взять резонатор за цилиндрическую часть до кольца, подвести электрод к патологическому очагу и ручкой «Мощность» увеличить напряжение на выходе до появления тихого или искрового разряда необходимой интенсивности;</p> <p>д) электрод перемещать по телу пациента (контактная методика) или на расстоянии 1-2 см от тела (бесконтактная методика);</p> <p>е) при окончании времени процедуры ручку «Мощность» вывести в нулевое положение, после этого убрать электрод с поверхности тела;</p> <p>ё) выключить сеть.</p>	<p>Обеспечивается последовательность проведения процедуры</p>
<p><b>III. Окончание процедуры</b></p> <p>1. Узнать у пациента о его самочувствии, помочь ему встать.</p> <p>Напомнить пациенту о времени и дате следующей процедуры.</p>	<p>Определяется реакция пациента на процедуру</p>
<p>2. Обработать электрод 70% этиловым спиртом.</p>	<p>Соблюдается инфекционная безопасность</p>
<p>3. Провести гигиеническую обработку рук</p>	<p>Соблюдается инфекционная безопасность</p>
<p>4. Сделать запись о проведении процедуры.</p>	<p>Обеспечивается документирование и последовательность медсестринского ухода</p>

### 2.1.5. Проведение физиотерапевтической процедуры «УВЧ-терапия»

**Цель:** применение с лечебной и профилактической целью электрической составляющей переменного электромагнитного УВЧ с частотой 40,68 МГц, напряжением 20 кВ.

**Показания:**

- 1) острые гнойные заболевания (карбункул, фурункул, абсцессы, флегмоны, панариции);
- 2) острые и подострые воспалительные заболевания внутренних органов (бронхит, пневмония, гепатит, холецистит, язвенная болезнь, пиелонефрит, артрит, периартрит, неврит, энцефалит); Опорно-двигательного аппарата, периферической нервной системы;
- 3) отморожения;

- 4) сосудистые заболевания (болезнь Рейно, облитерирующий атеросклероз сосудов конечностей), бронхиальная астма;
- 5) острые травмы (растяжение, разрывы мышц и сухожилие);  
неврозы (бессонница, климакс).

**Оснащение:** аппарат для УВЧ-терапии, процедурные часы, 70% этиловый спирт, ручка.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре.</b>	
1. Подготовить к работе аппараты «УВЧ-62», «УВЧ-66», «УВЧ-30-2», «УВЧ-300», «УВЧ-50», «УВЧ-30», «Экран-1», «Экран-2» или другие	Обеспечивается эффективное проведение процедуры
2. Перед проведением процедуры визуально проверить исправность сетевого кабеля, соединение проводов с контуром заземления, целостность проводов и конденсаторных пластин.	Соблюдаются меры безопасности при пользовании электроаппаратурой.
3. Перед началом процедуры ознакомиться с назначением врача.	Исключается возможность проведения ошибочной процедуры.
4. Установить на аппарате конденсаторные пластины нужного диаметра.	Обеспечиваются условия проведения процедуры
5. Объяснить пациенту ход процедуры и его ощущение во время процедуры (легкое тепло или его отсутствие, в зависимости от дозирования ЭП УВЧ). Объяснить пациенту, что во время процедуры он не должен менять положение и дотрагиваться руками до корпуса аппарата. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Устанавливается контакта с пациентом.  Соблюдаются права пациента
6. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Помочь пациенту принять удобное положение. Во время процедуры больной должен находиться в спокойном положении, сидеть на деревянном кресле или лежать на деревянной кушетке (без металлических деталей).	Обеспечивается комфорт при проведении процедуры
2. Процедуру УВЧ – терапии можно проводить через сухую одежду, через мажевые и сухие гипсовые повязки. Нельзя проводить процедуру через влажную одежду, влажную повязку, а также при наличии в области расположения конденсаторных пластин металлических предметов величиной более 2*2 см.	Соблюдаются условия проведения процедуры

<p>3. Выполнить последовательно:</p> <p>а) установить конденсаторные пластины над очагом (продольно, поперечно, тангенциально). Примечание: зазор – расстояние между телом больного и конденсаторной пластиной - в сумме не должен превышать 6 см;</p> <p>б) включить переключатель «Напряжение» - индикаторная лампочка сместится к красной отметке;</p> <p>в) на аппарате установить переключатель «Мощность»;</p>	<p>Обеспечивается последовательность проведения процедуры.</p> <p>Обеспечивается правильность проведения процедуры.</p>
<p>г) с помощью переключателя «Настройка» и неоновой лампочки настроить колебательный контур в резонанс с терапевтическим;</p> <p>д) убедиться, что провода не дотрагиваются до тела пациента;</p> <p>е) при изменении положения больного во время процедуры вновь настроить колебательный контур.</p>	<p>Соблюдаются меры безопасности при пользовании аппаратами УВЧ-терапии</p>
<p>4. Установить время проведения процедуры.</p>	<p>Обеспечивается точность дозирования процедуры</p>
<p>5. По окончании процедуры выключить переключатели «Мощность», «Напряжение». Убрать конденсаторные пластины.</p>	<p>Соблюдаются меры безопасности при пользовании аппаратами УВЧ-терапии</p>
<p><b>III. Окончание процедуры</b></p>	
<p>1. Узнать у пациента о его самочувствии, помочь ему встать. Напомнить пациенту о времени и дате следующей процедуры.</p>	<p>Определение реакции пациента на процедуру.</p>
<p>2. Предупредить пациента, что после процедуры необходимо отдохнуть 15-30 минут.</p>	<p>Профилактика осложнений</p>
<p>3. Обработать конденсаторные пластины 70% спиртом</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>
<p>4. Провести гигиеническую обработку рук</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>
<p>5. Сделать запись о проведении процедуры.</p>	<p>Обеспечивается документирование и последовательность медсестринского ухода</p>

### 2.1.6. Проведение физиотерапевтической процедуры «Индуктометрия»

**Цель:** применение с лечебной целью переменного высокочастотного магнитного поля или ультравысокочастотного, индуцирующего в тканях значительное количество тепла.

**Показания:**

1) острые и подострые заболевания внутренних органов (бронхит, пневмония, холецистит, аднексит, простатит.);

2) остеохондроз позвоночника, артрозы, артриты;  
 бронхиальная астма;

3) состояния после переломов кости в стадии консолидации мозоли.

**Оснащение:** аппарат ИКВ -4, 70% этиловый спирт, ручка.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b> 1. Подготовить к работе аппарат «ИКВ-4» или другие	Обеспечивается эффективное проведение процедуры
2. Перед проведением процедуры визуально проверить исправность сетевого кабеля, соединение проводов с контуром заземления.	Соблюдаются меры безопасности при пользовании электроаппаратурой
3. Перед началом процедуры ознакомиться с назначением врача	Исключается возможность проведения ошибочной процедуры
4. Установить на аппарате в зависимости от назначения индуктор диск или индуктор кабель	Обеспечивается правильность выполнения процедуры
5. Объяснить пациенту ход процедуры и его ощущение во время процедуры (легкое тепло или его отсутствие, в зависимости от дозировки). Объяснить пациенту, что во время процедуры он не должен менять положение и дотрагиваться руками до корпуса аппарата. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Устанавливается контакт с пациентом . Соблюдаются права пациента
5. Провести гигиеническую обработку рук	Соблюдается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b> 1. Помочь пациенту принять удобное положение. Примечание: во время процедуры больной должен находиться в спокойном положении, сидеть на деревянном кресле или лежать на деревянной кушетке (без металлических деталей)	Обеспечивается комфорт при проведении процедуры
2. Процедуру можно проводить через лёгкую одежду, сухую гипсовую повязку. Индуктор–диск располагают на область воздействия без зазора. Индуктор-кабель применяют для локального воздействия на различные участки тела с неровной поверхностью. Воздушный зазор 1-2 см между индуктором–кабелем и поверхностью кожи при помощи разделительных гребенок	Соблюдаются условия проведения процедуры
3. Выполнить последовательно: а) нажать клавишу включения сети; б) установить индуктор–кабель или индуктор–диск над очагом воспаления; в) ручкой «ДОЗА» установить необходимую дозировку; г) завести реле времени вращением ручки «МИНУТЫ»;	Обеспечивается последовательность проведения процедуры

Примечание: неоновая лампа начинает светиться, сигнализируя о подачи напряжения на индуктор	
4. По окончанию процедуры выключить аппарат нажатием красной клавиши выключателя. Все ручки управления перевести в крайнее левое положение до упора	Соблюдается техника безопасности при выполнении процедуры
<b>III. Окончание процедуры</b> 1. Узнать у пациента о его самочувствии, помочь ему встать. Напомнить пациенту о времени и дате следующей процедуры	Определение реакции пациента на процедуру
2. Предупредить пациента, что после процедуры необходимо отдохнуть 15-30 минут	Профилактика осложнений
3. Обработать индуктор 70% спиртом. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Сделать запись о проведении процедуры	Обеспечивается документирование и последовательность медсестринского ухода

### 2.1.7. Проведение физиотерапевтической процедуры «ДМВ-терапия»

**Цель:** применение с лечебной целью электромагнитных волн дециметрового диапазона.

**Показания:**

- 1) воспалительные заболевания внутренних органов и суставов;
- 2) язвенная болезнь желудка;
- 3) заболевания периферической нервной системы (невриты, невралгии)
- 4) дегенеративные заболевания суставов и позвоночника;
- 5) патология ЛОР-органов;
- 6) бронхиальная астма;
- 7) атеросклероз сосудов головного мозга.

**Оснащение:** аппарат для ДМВ-терапии, 70% этиловый спирт, ручка.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b> 1. Подготовить к работе аппараты «Волна-2», «Ромашка» или другие	Обеспечивается эффективное проведение процедуры
2. Перед проведением процедуры визуально проверить исправность сетевого кабеля, соединение проводов с контуром заземления, целостность проводов и излучателей	Соблюдаются меры безопасности при пользовании электроаппаратурой
3. Перед началом процедуры ознакомиться с назначением врача	Исключается возможность проведения ошибочной

	процедуры
4. Установить на аппарате необходимый излучатель	Обеспечивается эффективность выполнения процедуры
5. Объяснить пациенту ход процедуры и его ощущения во время процедуры (слабое, среднее или сильное тепло в зависимости от назначения врача) Получить согласие пациента на проведение процедуры	Устанавливается контакт с пациентом. Соблюдаются права пациента
6. Провести гигиеническую обработку рук	Соблюдаются меры инфекционной безопасности
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. В зависимости от назначения врача, расположить больного в положении лежа или сидя	Обеспечивается комфорт при проведении процедуры
2. Перед процедурой предложить пациенту снять все имеющиеся металлические предметы (часы, кольца и др.) во избежание возможных ожогов и освобождает от одежды область, на которую должно оказываться воздействие	Профилактика осложнений
3. Излучатель протереть спиртом. Излучатель от аппарата «Ромашка» расположить на расстоянии (воздушный зазор) 3-4см от поверхности кожи (дистанционная методика). Оба цилиндрических излучателя от аппарата «Ромашка» располагаем непосредственно на поверхности тела пациента (контактная методика), не прижимая сильно к коже, чтобы не уменьшить кровообращение в обрабатываемом участке.	Соблюдаются условия проведения процедуры
4. Выполнить последовательно: а) включить аппарат в сеть; б) нажать кнопку переключателя, при этом загорается сигнальная лампочка. Примечание: если при этом начинает подаваться звуковой сигнал необходимо ручку «Мощность» вывести до конца против часовой стрелки; в) после включения аппарата в сеть выждать 1-2 мин и повернуть ручку «Время» по часовой стрелке до упора (завести часы). После чего поворотом ее против часовой стрелки установить по часам время соответственно назначению врача; г) перевести ручку переключателя «Мощность» по часовой стрелке и установить по шкале измерительного прибора назначенную врачом выходную мощность воздействия ДМВ.	Обеспечивается последовательность проведения процедуры. Обеспечивается правильность проведения процедуры

<b>III. Окончание процедуры</b> 1. По окончании установленного времени часы автоматически выключают высокое напряжение, что сопровождается звуковым сигналом. Ручку «Мощность» вывести против часовой стрелки в крайнее левое положение. Выключить аппарат.	Соблюдаются меры безопасности при пользовании аппаратами ДМВ-терапии
2. Узнать у пациента о его самочувствии, помочь ему встать. Осмотреть область воздействия. Цвет кожи при применении слаботепловой мощности не меняется, при тепловой мощности может появиться легкая гиперемия. Напомнить пациенту о времени и дате следующей процедуры.	Определение реакции пациента на процедуру
3. Предупредить пациента, что после процедуры необходимо отдохнуть 20-25 минут.	Профилактика осложнений
4. Обработать излучатель 70% спиртом	Обеспечивается инфекционная безопасность
5. Вымыть и высушить руки.	Обеспечивается инфекционная безопасность
6. Сделать запись о проведении процедуры.	Обеспечивается документирование и последовательность медсестринского ухода

### 2.1.8. Проведение физиотерапевтической процедуры «СМВ-терапия»

**Цель:** применение с лечебной целью электромагнитных волн сантиметрового диапазона с частотой 2375 мГц, напряжением 20 кВ.

**Показания:**

- 1) воспалительные заболевания внутренних органов, периферической нервной системы,
- 2) опорно-двигательного аппарата;
- 3) дегенеративно-дистрофические заболевания суставов и позвоночника;
- 4) язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;
- 5) ревматизм, активности не выше II степени;
- 6) ИБС, постинфарктный кардиосклероз;
- 7) атеросклероз сосудов головного мозга.

**Оснащение:** аппарат для СМВ-терапии, 70% этиловый спирт, ручка.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре.</b> 1. Подготовить к работе аппараты «ЛУЧ -2», «ЛУЧ-3», «СМВ-20-3 », « СМВ -150-1», «ЛУЧ -11», « ЛУЧ-58-1», « ЛУЧ -58» или другие	Обеспечивается эффективное проведение процедуры

2. Перед проведением процедуры визуально проверить исправность сетевого кабеля, соединение проводов с контуром заземления, целостность проводов и излучателей	Соблюдаются меры безопасности при пользовании электроаппаратурой
3. Перед началом процедуры ознакомиться с назначением врача	Исключается возможность проведения ошибочной процедуры
4. Установить на аппарате необходимый излучатель	Соблюдаются условия проведения процедуры
5. Объяснить пациенту ход процедуры и его ощущения во время процедуры (тепловые ощущения в зависимости от назначения врача). Получить согласие пациента на проведение процедуры	Устанавливается контакт с пациентом. Соблюдаются права пациента
6. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Помочь пациенту принять удобное положение	Обеспечивается комфорт при проведении процедуры
2. Перед процедурой попросить снять все металлические предметы, находящиеся в зоне облучения и освободить от одежды область, на которую должно оказываться воздействие	Соблюдаются условия проведения процедуры
3. Излучатели от аппаратов «ЛУЧ -58», «ЛУЧ -58-1» расположить на расстоянии 5 см от поверхности кожи, «ЛУЧ -2» расположить непосредственно на поверхности тела больного	Обеспечивается правильность проведения процедуры.
4. Выполнить последовательно: а) включить аппарат в сеть; б) установить переключатель контроля в положение «Сеть» и перевести ручку «Сеть» на цифру 1, после чего включается вентилятор в корпусе аппарата и стрелка измерительного прибора отклоняется вправо; в) перевести ручку переключателя сети в положение 2, 3 и т.д. до тех пор, пока стрелка установится в пределах закрашенной части шкалы; г) аппарат прогреть 5 мин, затем установить ручку переключателя часов на заданное время; д) излучатель накладывают на указанный участок тела, переключатель «Контроль» устанавливают в положение «Мощность» и устанавливают ручку «Мощность» на необходимую мощность, после чего загорается сигнальная лампочка; е) по истечении времени выходная мощность автоматически отключается и гаснет сигнальная	Обеспечивается последовательность проведения процедуры. Обеспечивается правильность проведения процедуры

лампочка; ё) переключатель «Мощность» перевести на ноль и в обратном порядке выключить аппарат	
<b>III. Окончание процедуры</b> 1. Узнать у пациента о его самочувствии, помочь ему встать. Осмотреть область воздействия. Цвет кожи при применении слаботепловой мощности не меняется, при тепловой мощности может появиться легкая гиперемия. Напомнить пациенту о времени и дате следующей процедуры	Определяется реакция пациента на процедуру
2. Предупредить пациента, что после процедуры необходимо отдохнуть 20-25 минут	Профилактика осложнений
3. Обработать излучатель согласно паспорта. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Сделать запись о проведении процедуры	Обеспечивается документирование и последовательность медсестринского ухода

### 2.1.9. Проведение физиотерапевтической процедуры «КВЧ-терапия».

**Цель:** Применение с лечебной целью электромагнитных волн миллиметрового диапазона, нетепловой интенсивности, подводимого к пациенту с помощью волноводов или специальных антенн.

**Показания:**

- 1) язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;
- 2) хронические гастриты;
- 3) вегето-сосудистая дистония;
- 4) заболевания опорно-двигательного аппарата;
- 5) болезнь Рейно;
- 6) длительно незаживающие раны, пролежни.

**Оснащение:** аппарат для КВЧ-терапии с диэлектрической насадкой, часы, ручка.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b> 1. Подготовить к работе аппарат «КВЧ (Алёнушка)» или другие	Обеспечивается эффективное проведение процедуры
2. Перед проведением процедуры визуально проверить исправность сетевого кабеля, заземление, убедиться, что штативы надежно закреплены и на излучателях нет повреждений и влаги.	Соблюдаются меры безопасности при пользовании электроаппаратурой
3. Перед началом процедуры ознакомиться с назначением врача.	Исключается возможность проведения ошибочной

	процедуры.
4.Объяснить пациенту ход процедуры и его ощущения во время процедуры (ощущения отсутствуют)	Устанавливается контакт с пациентом.
5. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдаются права пациента
6. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Помочь пациенту принять удобное положение	Обеспечивается комфорт при проведении процедуры
2. Выполнить последовательно: а) проверить, чтобы кнопки на передней панели были отжаты; б) регулируя штатив, направить рупор излучателя на требуемую область воздействия на теле пациента; в) нажать кнопку «Сеть»; г) нажать кнопку «Генератор» нужного канала. Начинает светиться светодиод соответствующего генератора; д) проверить наличие генерации по показаниям контрольного прибора; нажать кнопку «Модуляция » соответствующего канала. При этом показания контрольного прибора должны увеличиться	Обеспечивается последовательность проведения процедуры. Обеспечивается правильность проведения процедуры
3. Установить время проведения процедуры	Соблюдается продолжительность процедуры
4. По окончании процедуры отжать последовательно кнопки «Модуляция», «Генератор», «Сеть».	Соблюдается техника безопасности при выполнении процедуры
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Убрать излучатель с диэлектрической насадкой	Соблюдаются условия проведения процедуры
2. Узнать у пациента о его самочувствии, помочь ему встать. Напомнить пациенту о времени и дате следующей процедуры.	Определение реакции пациента на процедуру
3. Провести обработку излучателя согласно паспорта	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
5. Сделать запись о проведении процедуры	Обеспечивается документирование и последовательность медсестринского ухода

### 2.1.10. Проведение физиотерапевтической процедуры «Магнитотерапия»

**Цель:** применение с лечебной целью магнитной составляющей переменного электромагнитного поля низкой частоты (0,125-100 Гц).

**Показания:**

- 1) последствия травм головного мозга, ишемического инсульта, энцефалопатии;
- 2) заболевания и травмы периферической нервной системы;
- 3) ИБС, гипертоническая болезнь I-IIст;
- 4) хронические воспалительные заболевания внутренних органов;
- 5) переломы;
- 6) дистрофические заболевания суставов и позвоночника;
- 7) заболевания периферических сосудов.

**Оснащение:** аппарат для магнитотерапии, процедурные часы, ручка.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Подготовить к работе аппарат: «Полнос-1», «Градиент-1», «Маг-30», «БТЛ-09» или другие	Обеспечивается эффективное проведение процедуры
2. Перед проведением процедуры визуально проверить исправность сетевого кабеля, заземление	Соблюдаются меры безопасности при пользовании электроаппаратурой
3. Перед началом процедуры ознакомиться с назначением врача	Исключается возможность проведения ошибочной процедуры
4. Объяснить пациенту ход процедуры и его ощущение во время процедуры (ощущения отсутствуют)	Установление контакта с пациентом
5. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдаются права пациента
6. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Помочь пациенту принять удобное положение	Обеспечивается комфорт при проведении процедуры
2. Выполнить последовательно: а) включить аппарат (при этом начинает светиться индикатор сети); б) расположить магнитные индукторы на область воздействия (при проведении процедуры одежду и повязки можно не снимать); в) нажать на клавишу «Форма тока», устанавливая нужный вид магнитного поля (синусоидальный или пульсирующий); г) нажать на клавишу «Режим», устанавливая режим магнитного поля;	Обеспечивается последовательность проведения процедуры. Обеспечивается правильность проведения процедуры

д) ручкой «Минуты» установить заданное время; е) ручкой «Интенсивность» установить указанную интенсивность при этом включаются индикаторы магнитного поля и проводить процедуру; ё) по окончании процедуры (10 -15 минут) выключить аппарат	
<b>III. Окончание процедуры</b> 1. Убрать магнитные индукторы	Соблюдается техника безопасности при выполнении процедуры
2. Спросить пациента о его самочувствии, помочь ему встать. Напомнить пациенту о времени и дате следующей процедуры	Определение реакции пациента на процедуру
3. Провести обработку магнитных индукторов согласно паспорта	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
5. Сделать запись о проведении процедуры	Обеспечивается документирование и последовательность медсестринского ухода

### 2.1.11. Проведение физиотерапевтической процедуры «Франклинизация»

**Цель:** применение с лечебной целью постоянного электрического поля высокого напряжения (до 30кВ) и малой силы тока (до 1 мА)

**Показания:**

- 1) функциональные заболевания ЦНС;
- 2) парестезии, гиперстезии;
- 3) вегето-сосудистая дистония;
- 4) гипертоническая болезнь;
- 5) кожный зуд, нейродермит;
- 6) трофические язвы.

**Оснащение:** аппарат для франклинизации, часы, ручка.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b> 1. Подготовить к работе аппарат «АФ-3» или другие	Обеспечивается эффективное проведение процедуры
2. Перед проведением процедуры визуально проверить исправность сетевого кабеля, заземление	Соблюдаются меры безопасности при пользовании

	электроаппаратурой
3. Перед началом процедуры ознакомить с назначением врача	Исключается возможность проведения ошибочной процедуры
4. Объяснить пациенту ход процедуры и его ощущение во время процедуры (ощущение свежести, похолодание кожи под электродом)	Установление контакта с пациентом
5. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдаются права пациента
6. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Помочь пациенту принять удобное положение	Обеспечивается комфорт при проведении процедуры
2. Попросить пациента снять все металлические изделия и снять обувь	Обеспечиваются условия проведения процедуры
3. При отпуске общей франклинизации больному предложить снять обувь, в легкой одежде без металлических предметов сесть на деревянный стул, размещая ноги на ножном электроде. Второй электрод поместить над головой пациента на расстоянии 10- 15 см от ее поверхности. При отпуске местной франклинизации один электрод поместить на расстоянии 5- 7 см от раневой поверхности на кронштейне, а пластинчатый электрод- под ногой	Обеспечивается правильность выполнения процедуры
4. Включить аппарат, установить необходимые параметры.	Обеспечиваются необходимые условия проведения процедуры
5. Установить время проведения процедуры.	Соблюдается продолжительность процедуры
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. По окончании процедуры выключить аппарат, искроразрядником снять с электродов напряжение. Убрать излучатель с диэлектрической насадкой.	Соблюдается техника безопасности при выполнении процедуры
2. Узнать у пациента о его самочувствии, помочь ему встать. Напомнить пациенту о времени и дате следующей процедуры	Определение реакции пациента на процедуру
3. Провести обработку излучателя согласно паспорта	Обеспечивается инфекционная безопасность

4. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
5. Сделать запись о проведении процедуры	Обеспечивается документирование и последовательность медсестринского ухода

### 2.1.12. Проведение физиотерапевтической процедуры «Ультразвуковая терапия» или «Ультрафонофорез»

**Цель:** применение с лечебной целью механических колебаний ультравысокой частотой (880кГц-3МГц).

**Показания:**

- 1) воспалительные заболевания внутренних органов, опорно-двигательного аппарата, периферической нервной системы;
- 2) травмы опорно-двигательного аппарата;
- 3) гинекологические заболевания (бесплодие);
- 4) бронхиальная астма;
- 5) язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;
- 6) хирургическая патология (коллоидные рубцы, спаечная болезнь, инфильтраты).

**Оснащение:** аппарат для ультразвуковой терапии, 70% этиловый спирт, вазелин, глицерин или лекарственная мазь, ручка.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Подготовить к работе аппараты типа УЗТ или ЛОР или другие	Обеспечивается эффективное проведение процедуры
2. Перед проведением процедуры визуально проверить исправность сетевого кабеля, соединение провода заземления с контуром заземления, целостность кабеля к излучателю	Соблюдаются меры безопасности при пользовании электроаппаратурой
3. Перед началом процедуры ознакомиться с назначением врача	Исключается возможность проведения ошибочной процедуры
4. Объяснить пациенту ход процедуры и его ощущения во время процедуры	Установление контакта с пациентом
5. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдаются права пациента
6. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Помочь пациенту принять удобное положение	Обеспечивается комфорт при проведении процедуры

2. Необходимый излучатель подключить к аппарату. Обработать электрод 70% этиловым спиртом	Соблюдается условие проведения процедуры Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Выполнить последовательно: а) включить аппарат - должна загореться сигнальная лампочка; б) нанести на кожу шпателем контактную среду (вазелин, глицерин), если это ультрафонофорез; - лекарственную форму (мазь или раствор); в) выставить интенсивность и режим работы, номер излучателя, завести процедурные часы. Примечание: процедура проводится в зависимости от назначения по стабильной или лабильной методике; г) по окончании процедуры отключить аппарат	Обеспечивается последовательность проведения процедуры Обеспечивается правильность проведения процедуры
<b>III. Окончание процедуры</b> 1. Узнать у пациента о его самочувствии, помочь ему встать. Напомнить пациенту о времени и дате следующей процедуры	Определяется реакция пациента на процедуру
2. Удалить с поверхности излучателя контактную среду. Обработать излучатель согласно паспорта	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Сделать запись о проведении процедуры	Обеспечивается документирование и последовательность медсестринского ухода

### 2.1.13. Проведение физиотерапевтической процедуры «Ультрафиолетовое облучение»

**Цель:** применение с лечебной целью ультрафиолетового излучения с длиной волны 180-400 нм.

Показания:

- 1) нарушение пигментации, атипичский дерматит;
- 2) снижение резистентности организма;
- 3) псориаз;
- 4) Д гиповитаминоз;
- 5) заболевания периферической нервной системы с болевым синдромом;
- 6) острые, подострые воспалительные заболевания кожи, носоглотки, внутреннего уха.

**Оснащение:** ртутно-кварцевый излучатель, 70% этиловый спирт, вазелин, очки-2, часы, ручка.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Подготовить к работе аппараты: облучатель ртутно-кварцевый на штативе или облучатель для носоглотки	Обеспечивается эффективное проведение процедуры
2. Перед проведением процедуры визуально проверить исправность сетевого кабеля, заземление	Соблюдаются меры безопасности при пользовании электроаппаратурой
3. Перед началом процедуры ознакомиться с назначением врача	Исключается возможность проведения ошибочной процедуры
4. Объяснить пациенту ход процедуры и его ощущения во время процедуры (ощущения отсутствуют)	Устанавливается контакт с пациентом
5. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдаются права пациента
6. Включить аппарат для разогрева ртутно-кварцевой лампы на 10 -15 минут	Соблюдаются условия проведения процедуры
7. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Помочь пациенту принять удобное положение	Обеспечивается комфорт при проведении процедуры
2. Осмотреть кожу в месте отпуска процедуры, оголить участок тела, указанный в назначении врачом. Не подлежащие облучению участки тела накрыть простыней	Соблюдаются условия проведения процедуры
3. Надеть защитные очки пациенту и медицинской сестре	Соблюдается техника безопасности при выполнении процедуры
4. Установить излучатель с разогретой ртутно-кварцевой лампой перпендикулярно к поверхности облучения на расстоянии, указанном в назначении (25 см, 50 см или 100 см). Поднять защитную «ЮБКУ» и направить луч на зону по назначению. Зафиксировать время.	Обеспечивается последовательность проведения процедуры
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Опустить защитную «ЮБКУ». Узнать у пациента о его самочувствии, помочь ему встать. Напомнить пациенту о времени и дате следующей процедуры	Определение реакции пациента на процедуру
2. Провести обработку защитных очков (двукратное	Обеспечивается

протираание 70 % этиловым спиртом с интервалом 5 мин.)	инфекционная безопасность
3. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Сделать запись об отпуске процедуры	Обеспечивается документирование и последовательность медсестринского ухода

### 2.1.14. Проведение физиотерапевтической процедуры «УФО носоглотки»

**Цель:** применение с лечебной целью ультрафиолетового излучения с длиной волны 180-400 нм.

**Показания:**

острые, подострые воспалительные заболевания носоглотки, внутреннего уха

**Оснащение:** ртутно-кварцевый излучатель, 70% этиловый спирт, вазелин, очки, часы, ручка.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Подготовить к работе аппарат: УГН-1 ,ОКУФ-5, ОН-7 или другие и стерильные съемные наконечники для отпуса процедуры	Обеспечивается эффективное проведение процедуры
2. Перед проведением процедуры визуально проверить исправность сетевого кабеля, заземление	Соблюдаются меры безопасности при пользовании электроаппаратурой
3. Перед началом процедуры ознакомиться с назначением врача	Исключается возможность проведения ошибочной процедуры
4 .Объяснить пациенту ход процедуры и его ощущения во время процедуры (ощущения отсутствуют)	Устанавливается контакта с пациентом
5. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдаются права пациента
6. Перед включением аппарата закрыть тубусы колпачками, повернуть ручку выключателя в положение «ВКЛЮЧЕНО», если при включении лампа не зажглась, нажать несколько раз кнопку пускового устройства. На время установления режима работы тубусы облучателя должны быть закрыты колпачками	Соблюдаются условия проведения процедуры
7. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1.Помочь пациенту принять удобное положение	Обеспечивается комфорт при проведении процедуры
2. Через 5-10 мин после включения лампы колпачки,	Соблюдаются условия

<p>закрывающие тубусы заменить требуемыми наконечниками и направить лучи на заданный участок облучения:</p> <p>а) при облучении носа наконечник вводят в каждую ноздрю на глубину 1 см;</p> <p>б) при облучении слизистой оболочки миндалин наконечник, с косым срезом вводя в рот на глубину до 5 см, кончик высунутого языка больной удерживает рукой через салфетку;</p> <p>в) при облучении слизистой оболочки задней стенки глотки стерильный наконечник с прямым срезом и широким отверстием вводим на глубину 5 см. Во время облучения больной произносит звук «а-а» с интервалами 15-20 с;</p> <p>г) при облучении наружного слухового прохода стерильный наконечник с прямым срезом и малым отверстием вводят в наружный слуховой проход на глубину до 1 см</p>	<p>проведения процедуры</p>
<p>3. Установить время проведения процедуры</p>	<p>Соблюдается продолжительность процедуры</p>
<p><b>III. Окончание процедуры</b></p> <p>1. После окончания процедуры ручку выключения сеть перевести в положение «ВЫКЛЮЧЕНО», снять использованный наконечник и надеть защитный колпачок на тубус. Напомнить пациенту о времени и дате следующей процедуры</p>	<p>Соблюдается техника безопасности при выполнении процедуры</p>
<p>2. Использованный наконечник погрузить в дезраствор</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>
<p>3. Провести гигиеническую обработку рук</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>
<p>4. Сделать запись о выполнении процедуры</p>	<p>Обеспечивается документирование и последовательность медсестринского ухода</p>

### 2.1.15. Проведение физиотерапевтической процедуры «Лазеротерапия»

**Цель:** применение с лечебной целью монохроматического, когерентного, поляризованного света (разных диапазонов).

**Показания:**

1) воспалительные заболевания на фоне гипореактивности внутренних органов (гастрит, бронхит, колит и др.);

- 2) заболевания периферической нервной системы (невралгии, невриты, плекситы, радикулиты и др.);
- 3) заболевания опорно-двигательного аппарата (артриты, миозиты и др.);
- 4) функциональные заболевания центральной нервной системы;
- 5) дегенеративно-дистрофические заболевания опорно-двигательного аппарата;
- 6) травматические повреждения (переломы, растяжения);
- 7) заболевания сердечно-сосудистой системы (стенокардия, заболевание Рейно и др.)
- 8) заболевания мочеполовой системы (заболевания предстательной железы, цистит);
- 9) дерматологические заболевания (дерматозы, герпес и др.)
- 10) заболевания (аднексит, эндометрит и др.)

**Оснащение:** аппарат для лазеротерапии, защитные очки-2, мешочки с песком, часы, ручка.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Подготовить к работе аппараты «Сканер - СМ1», «СМ-2 PL GURZA », «ЭЛАТ», «ВТЛ-2000» или другие	Обеспечивается эффективное проведение процедуры
2. Перед проведением процедуры визуально проверить исправность сетевого кабеля, заземление	Соблюдаются меры безопасности при пользовании электроаппаратурой
3. Перед началом процедуры ознакомиться с назначением врача	Исключается возможность проведения ошибочной процедуры
4. Объяснить пациенту ход процедуры и его ощущения во время процедуры (ощущения отсутствуют)	Устанавливается контакт с пациентом
5. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдаются права пациента
6. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Помочь пациенту принять удобное положение	Обеспечивается комфорт при проведении процедуры
2. Осмотреть кожу в месте отпуска процедуры, если на коже есть родимые пятна их нужно закрыть.	Соблюдаются условия проведения процедуры
3. Надеть защитные очки пациенту и медицинской сестре	Соблюдается техника безопасности при выполнении процедуры
4. Выполнить последовательно:	Обеспечивается

<p>а) включить аппарат. На передней панели аппарата должны включиться индикаторы «FEED» «LASER» «EMIS»;</p> <p>б) в верхней части манипулятора выставить мощность лазерного излучения (100, 75, 50, 25%) согласно назначению врача;</p> <p>в) открыть рабочее окно дефлектора и убедиться, что идет излучение лазерного луча;</p> <p>г) направить луч на зону по назначению;</p> <p>д) зафиксировать время</p>	<p>последовательность проведения процедуры</p>
<p><b>III. Окончание процедуры</b></p> <p>1. Закрыть рабочее окно дефлектора. Узнать у пациента о его самочувствии, помочь ему встать. Напомнить пациенту о времени и дате следующей процедуры</p>	<p>Определяется реакция пациента на процедуру</p>
<p>2. Провести обработку защитных очков (двукратное протирание 70 % этиловым спиртом с интервалом 5 мин.)</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>
<p>3. Провести гигиеническую обработку рук</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>
<p>4. Сделать запись о проведении процедуры</p>	<p>Обеспечивается документирование и последовательность медсестринского ухода</p>

### 2.1.16. Проведение физиотерапевтической процедуры «Аэрозольтерапия»

**Цель:** лечебное воздействие биологически активных веществ в виде аэрозолей на дыхательные пути и слизистые оболочки

**Показания:**

- 1) острая пневмония, трахеобронхит;
- 2) ОРВИ;
- 3) бронхиальная астма;
- 4) туберкулез легких и бронхов
- 5) профессиональные заболевания легких и бронхов;

**Оснащение:** аппарат «Аэрозоль У-1», «Аэрозоль У-2», «TYRYSI -50», «PARI-MASTER», « PARI-BOY», « Вулкан -1».

Этапы	Обоснование
<p><b>I. Подготовка к процедуре</b></p> <p>1. Подготовить к работе аппараты «Аэрозоль У-1», «Аэрозоль У-2», «TYRYSI -50», «PARI-MASTER», « PARI-BOY», « Вулкан -1»</p>	<p>Обеспечивается эффективное проведение процедуры</p>

2. Перед проведением процедуры визуально проверить исправность сетевого кабеля, заземление	Соблюдаются меры безопасности при пользовании электроаппаратурой
3. Перед началом процедуры ознакомиться с назначением врача	Исключается возможность проведения ошибочной процедуры
4. Объяснить пациенту ход процедуры и его ощущение во время процедуры	Устанавливается контакт с пациентом
5. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдаются права пациента
6. Предупредить пациента, что при изменении самочувствия он должен сообщить об этом медицинской сестре	Предупреждаются осложнения
7. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Чистый наконечник обработать 70% спиртом и соединить с аппаратом.	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Предложить пациенту сесть на стул или кушетку возле аппарата.	Обеспечивается удобное положение при проведении процедуры
4. Установить время проведения процедуры.	Соблюдается продолжительность процедуры
<b>III. Завершение процедуры:</b>	
1. Выключить аппарат	Соблюдаются меры безопасности при пользовании электроаппаратурой
2. Наконечник продезинфицировать	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Предупредить пациента, что после ингаляции он должен 15-20 минут не есть и не пить	Обеспечивается максимальный лечебный эффект
4. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
5. Сделать отметку о выполнении процедуры	Обеспечивается документирование и последовательность медсестринского ухода

### 2.1.17. Проведение физиотерапевтической процедуры «Вакуумный массаж»

**Цель:** достижение максимального лечебного эффекта, снятие болевого синдрома.

**Показания:**

- 1) заболевания обмена веществ;
- 2) дегенеративно-дистрофические заболевания опорно-двигательного аппарата;

- 3) заболевания и травмы центральной и периферической нервной системы;  
 4) ИЦД, гипертоническая болезнь;  
 5) воспалительные заболевания органов дыхания.

**Оснащение:** кушетка, аппарат для вакуумтерапии, процедурные часы.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Подготовить к работе аппараты «ВТЛ-12», «VACO-5» или другие	Обеспечивается эффективное проведение процедуры
2. Перед проведением процедуры визуально проверить исправность сетевого кабеля, подключение вакуумных электродов в выходных гнездах, шланг с зажимом для отвода воды	Соблюдаются меры безопасности при пользовании электроаппаратурой
3. Перед началом процедуры ознакомиться с назначением врача	Исключается возможность проведения ошибочной процедуры
4. Помочь пациенту принять удобное положение, освободить необходимый участок тела от одежды	Обеспечивается комфортное положение при проведении процедуры
5. Установить на аппарате, согласно назначению, необходимое количество вакуумных электродов. Заглушить выходные гнезда при использовании только одного канала	Соблюдаются условия проведения процедуры
6. Объяснить пациенту ход процедуры	Устанавливается контакт с пациентом
7. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдаются права пациента
8. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Выполнить последовательно: а) включить блок нажатием на переключатель сети, расположенный на задней панели. Индикатор POWER, размещенный на передней панели, должен загореться; б) индикатор VACUUM должен показывать 0,05 бар. На индикаторе VACUUM установить давление вакуума с использованием клавиш размещенных рядом с индикатором. Примечание: при выборе импульсного режима, используется клавиша FREQ для установки частоты импульсов; в) нажать на клавишу START\STOP для включения всасывания воздуха и наложить электроды	Обеспечивается последовательность проведения процедуры Обеспечивается правильность проведения процедуры
2. Установить время проведения процедуры	Соблюдается продолжительность процедуры

<b>III. Окончание процедуры</b> 1. По окончании процедуры выключить аппарат нажатием клавиши START\STOP . Выключить переключатель сети, расположенный на задней панели.	Соблюдаются меры безопасности при пользовании электроаппаратурой
2. Узнать у пациента о его самочувствии, помочь ему встать. Напомнить пациенту о времени и дате следующей процедуры	Определение реакции пациента на процедуру
3. Предупредить пациента, что после процедуры необходимо отдохнуть 15-30 минут	Обеспечивается комфорт после проведения процедуры
4. Провести дезинфекцию вакуумных электродов	Обеспечивается инфекционная безопасность
5. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
6. Сделать запись о проведении процедуры	Обеспечивается документирование и последовательность медсестринского ухода

### 2.1.18. Проведение физиотерапевтической процедуры «Лечебный массаж»

**Цель:** использование с лечебно-профилактической целью совокупности приемов дозированного механического воздействия, производимые руками массажиста

**Оснащение:** кушетка, массажный столик, валики, подголовник, стул, простыня, процедурные часы, массажный крем.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Перед началом процедуры ознакомиться с назначением врача	Исключается возможность проведения ошибочной процедуры
2. Объяснить пациенту ход будущей процедуры и получить согласие пациента	Устанавливается контакт с пациентом
3. Предложить пациенту оголить участок тела, необходимый для проведения массажа	Обеспечивается доступ к необходимому участку тела
4. Расстелить индивидуальную простыню на кушетку	Обеспечивается инфекционная безопасность
5. Предложить пациенту лечь на кушетку или сесть на стул в зависимости от назначенного массажа	Обеспечиваются условия проведения процедуры
6. Установить время проведения процедуры	Согласно единицам объема работы
7. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
Подойти к пациенту и нанести массажный крем на необходимый участок тела пациента и выполнить	Обеспечивается лучший контакт с кожей.

массаж	
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. После окончания массажа предложить пациенту медленно, не спеша, избегая резких движений подняться	Профилактика осложнений
2. Предупредить пациента, что после проведения процедуры лечебного массажа он должен 20-30 минут отдохнуть	Обеспечивается комфорт после проведения процедуры
3. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Сделать отметку о выполнении процедуры в листке назначений пациента.	Обеспечивается документирование и последовательность медсестринского ухода

### 2.1.19. Проведение физиотерапевтической процедуры «Лечебные ванны» (соляно-хвойные, йодо-бромные, морские)

**Цель:** лечебно-профилактическое воздействие на тело больного, погруженного в пресную воду с растворенными в ней веществами

**Показания:**

- 1) заболевания и последствия травм периферической нервной системы;
- 2) ИЦД, гипертоническая болезнь, заболевания периферических артерий и вен;
- 3) сахарный диабет;
- 4) хронические воспалительные заболевания внутренних органов;
- 5) дегенеративно-дистрофические заболевания опорно-двигательного аппарата;
- 6) функциональные заболевания ЦНС.

**Оснащение:** специальные ванны из фаянса, пластмассы, наполненные пресной водой определенной температуры

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Наполнить ванну водой заданной температуры (35°C - 37°C)	Обеспечивается правильность проведения процедуры
2. Перед началом процедуры ознакомиться с назначением врача	Исключается возможность проведения ошибочной процедуры
3. Объяснить пациенту суть и ход процедуры. Предупредить пациента о возможных неприятных ощущениях (сердцебиение, одышка) и о том, что в случае появления этих ощущений он должен сообщить о них медсестре.	Соблюдается право пациента на информацию. Обеспечивается возможность своевременного прекращения процедуры, профилактика осложнений
4. Добавить в приготовленную ванну назначенное врачом вещество (натрия хлорид, морскую соль, хвойный	Обеспечивается эффективность проведения

концентрат или др.)	процедуры
5. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдаются права пациента
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Помочь пациенту удобно разместиться в ванной: вода должна доходить до уровня мечевидного отростка. В ножном конце ванны установить подставку для упора	Исключается возможность перегревания пациента и его соскальзывание вниз
2. Установить время продолжительности процедуры	Регламент продолжительности процедуры согласно назначению
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Накрыть плечи пациента полотенцем и помочь ему выйти из ванной (в случае необходимости помогают вдвоём)	Обеспечиваются меры безопасности пациента и медсестры. Исключается переохлаждение больного
2. Помочь пациенту насухо вытереть тело, одеться и обуться. Напомнить пациенту о времени и дате следующей процедуры	Обеспечивается безопасность пациента
3. Предупредить пациента о правилах поведения после приёма процедуры (отдых, покой в течение 10-15 минут)	Достижение максимального положительного эффекта.
4. Открыть ванну, слить воду, обработать ванну дезинфицирующим средством (двукратное протирание с интервалом 15 минут)	Обеспечивается инфекционная безопасность
5. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
6. Сделать запись о проведении процедуры	Обеспечивается документирование и последовательность медсестринского ухода

### 2.1.20. Проведение физиотерапевтической процедуры «Подводный душ-массаж»

**Определение:** водолечебная процедура, при которой тело человека массируют под водой струей воды под повышенным давлением

Показания:

- 1) ИБС II –III ФК
- 2) гипертоническая болезнь;
- 3) дегенеративно-дистрофические заболевания опорно-двигательного аппарата;
- 4) хроническая венозная недостаточность;

- 5) НЦД;
- 6) заболевания и последствия травм периферической нервной системы;
- 7) ожирение, сахарный диабет;
- 8) дискинезия кишечника.

**Оснащение:** аппарат VOD-56; VOD-45; VOD-30; TYR-50 DS

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Подготовить к работе аппарат TYR-YWV-50DS для лечебного массажа струей воды	Обеспечивается эффективное проведение процедуры
2. Перед проведением процедуры визуально проверить исправность сетевого кабеля, заземление	Соблюдаются меры безопасности при пользовании электроаппаратурой
3. Перед началом процедуры ознакомиться с назначением врача	Исключается возможность проведения ошибочной процедуры
4. Объяснить пациенту ход процедуры и его ощущения во время процедуры	Устанавливается контакта с пациентом
5. Предупредить пациента о необходимости сообщить медсестре при ощущении дискомфорта боли или плохого самочувствия и прекратить процедуру. Следить за состоянием пациента	Обеспечивается возможность своевременного прекращения процедуры, профилактика осложнений
6. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдаются права пациента
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Проверить температуру воды в ванной(+36°C-37°C) измерительным термометром	Обеспечивается правильность проведения процедуры
2. Согласно диагнозу отрегулировать давление струи (от 1 до 3-4 атм.)	Согласно назначению врача
3. Установить время продолжительности процедуры	Соблюдается продолжительность процедуры
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Выключить аппарат	Соблюдаются меры безопасности при пользовании электроаппаратурой
2. Узнать у пациента о его самочувствии, помочь ему встать.	Определение реакции пациента на процедуру
3. Предупредить пациента о правилах поведения после приёма процедуры (отдых, покой в течение 10-15 минут). Напомнить пациенту о времени и дате следующей процедуры	Достигается максимальный положительный эффект.
4. Открыть ванну, слить воду, обработать ванну	Обеспечивается

дезинфицирующим средством (двукратное протирание с интервалом 15 минут)	инфекционная безопасность
5. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
6. Сделать запись о проведении процедуры	Обеспечивается документирование и последовательность медсестринского ухода

### **3. Симптомы и ситуации, при возникновении которых необходимо немедленно сообщить врачу:**

- 3.1. Резкое ухудшение состояния пациента.
- 3.2. Отказ пациента от проведения процедуры.

### **4. Ресурсное обеспечение выполнения протокола**

#### **Оснащение:**

- 4.1. Аппарат для гальванизации, гидрофильные прокладки, лекарственные растворы, мешочки с песком, резиновые бинты, часы, ручка.
- 4.2. Аппарат для диадинамотерапии, гидрофильные прокладки, мешочки с песком, резиновые бинты, часы, ручка.
- 4.3. Аппарат для амплипульстерапии, гидрофильные прокладки, мешочки с песком, резиновые бинты, часы, ручка.
- 4.4. Аппарат для дарсонвализации, вакуумные электроды, 70% этиловый спирт, тальк, стерильный вазелин, часы, ручка.
- 4.5. Аппарат для УВЧ-терапии, процедурные часы, 70% этиловый спирт, ручка.
- 4.6. Аппарат ИКВ-4, 70% этиловый спирт, ручка.
- 4.7. Аппарат для ДМВ-терапии, 70% этиловый спирт, ручка.
- 4.8. Аппарат для СМВ-терапии, 70% этиловый спирт, ручка.
- 4.9. Аппарат для КВЧ-терапии с диэлектрической насадкой, часы, ручка.
- 4.10. Аппарат для магнитотерапии, процедурные часы, ручка.
- 4.11. А аппарат для франклинизации, часы, ручка.
- 4.12. Аппарат для ультразвуковой терапии, 70% этиловый спирт, вазелин, глицерин или лекарственная мазь, ручка.
- 4.13. Ртутно-кварцевый излучатель, 70% этиловый спирт, вазелин, очки, часы, ручка.
- 4.14. Ртутно-кварцевый излучатель, 70% этиловый спирт, вазелин, очки, часы, ручка.
- 4.15. Аппарат для лазеротерапии, защитные очки, мешочки с песком, часы, ручка.
- 4.16. Аппарат «Аэрозоль У-1», «Аэрозоль У-2», «TYRYSI -50», «PARI-MASTER», « PARI-BOY », « Вулкан -1».

- 4.17. Кушетка, аппарат для вакуум терапии, процедурные часы.
- 4.18. Кушетка, массажный столик, валики, подголовник, стул, простыня, процедурные часы, массажный крем.
- 4.19. Специальные ванны из фаянса, пластмассы, наполненные пресной водой определенной температуры.
- 4.20. Аппарат VOD-56; VOD-45; VOD-30; TYR-50 DS.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 422 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 Лечебное дело».
2. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 595 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.02 Акушерское дело».
3. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 593 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело».
4. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 23.09.2015 № 561 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 19.01.02 Лаборант-аналитик».
5. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 423 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.03 Лабораторная диагностика».
6. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 24.08.2015 № 421 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 32.02.01 Медико-профилактическое дело».
7. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 04.06.2015 № 01.1/57 «Об утверждении номенклатуры должностей и специальностей медицинских и фармацевтических работников».
8. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.06.2015 № 282 «Об утверждении перечня профессий рабочих, должностей служащих, по которым осуществляется профессиональное обучение».

9. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08.12.2015 № 012.1\628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики».
10. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 20.08.2015 № 012.1\286 «Об утверждении порядка дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него».
11. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.08.15 № 012.1/285 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в отдельных учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
12. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 21.12.15 № 012.1/670 «Об утверждении основных документов по вопросам контроля качества оказания медицинской помощи».
13. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.11.15 № 012.1/599 «Об утверждении форм первичной учетной документации, которые используются в лабораториях и других учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
14. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 12.03.15 № 312 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
15. Приказ МЗ Украины от 21.09.10 г. №798 «Об утверждении методических рекомендаций» «Хирургическая и гигиеническая обработка рук медицинского персонала».
16. Губенко И.Я., Шевченко А.Т., Бразалий Л.П., Апшай В.Г. Медсестринский уход за пациентом: Стандарты медсестринских процедур, манипуляций и планов ухода и обучения: уч. пособие. – К.: Медицина, 2008.
17. Касевич Н.Н. Основы медсестринства в модулях: уч. пособие. – К.: Медицина, 2009.
18. Касевич Н.М. Общий уход за больными и медицинская манипуляционная техника: учебник. – К.: Медицина, 2008. – 424 с.
19. Ковальчук Л.М. Учебное пособие по хирургии в модулях - К.: «Медицина», 2009.

20. Основы сестринского дела: Алгоритмы манипуляций: учебное пособие Н.В. Широкова и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

И.о. министра



А.А. Оприщенко

ОДОБРЕНО  
Экспертным советом по  
стандартизации медицинской  
помощи в системе Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
08.09.2016 протокол № 3

УТВЕРЖДЕН  
Приказом Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
28.12.2016 № 1555

## ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ (ФЕЛЬДШЕРА, АКУШЕРКИ) ПО ПРОВЕДЕНИЮ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

### 1. Паспортная часть

**1.1. Проблема, связанная со здоровьем:** необходимость проведения больному функциональных исследований

**1.2. Код по МКБ-10:** Не определяется.

**1.3. Цель протокола:** Информационное обеспечение проведения медицинской сестрой (фельдшером, акушеркой) функциональных исследований.

**1.4. Дата составления протокола:** март 2016

**1.5. Дата пересмотра протокола:** март 2019

**1.6. Список и контактная информация лиц, которые участвовали в разработке протокола:**

Составители	Учреждения-разработчики
Шумеева Александра Аркадьевна (председатель рабочей группы), специалист I категории отдела оказания медицинской помощи взрослому населению	Отдел оказания медицинской помощи взрослому населению МЗ ДНР
Ежикова Татьяна Витальевна (заместитель председателя рабочей группы), заместитель главного врача по медсестринству	КУ «ГБ № 2 г. Горловка»
Белецкая Елена Викторовна, заведующий отделением специальности «Сестринское дело»	Горловский медицинский колледж Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
Андрюхова Людмила Владимировна, преподаватель высшей квалификационной категории, преподаватель-методист	
Левитан Ирина Анатольевна,	

заведующий учебно-производственной практикой, преподаватель высшей квалификационной категории	
Черепанова Лариса Владимировна, главная медсестра	ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 6 г. Макеевки
Доля Лиля Олеговна, заместитель главного врача по медсестринству	Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака МЗ ДНР
Патрикеева Вера Владиславовна, главная медсестра	Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение МЗ ДНР

**1.7. Актуальность проблемы:** необходимость проведения пациенту функциональных исследований.

## 2. Общая часть.

2.1. Для всех учреждений здравоохранения.

2.1.1. Проведение электрокардиографического исследования.

2.1.2. Проведение спирометрии.

### 2.1.1. Проведение электрокардиографического исследования.

#### Оснащение:

Аппарат ЭГК, марлевые салфетки, физиологический раствор натрия хлорида или электродный гель, часы, медицинская документация, ручка

Этапы	Обоснование
<b>Подготовка к процедуре</b>	
1. Проверить наличие соединения аппаратуры с контуром заземления	Обеспечивается безопасная больничная среда
2. Исследование проводить не раньше чем через 2 часа после приема пищи и после 10-15 минутного отдыха	Снятие ЭКГ проводят в состоянии покоя.
3. Психологически подготовить пациента к процедуре	Устанавливается контакт с пациентом
4. Объяснить пациенту цель и ход процедуры, получить согласие пациента на ее проведение	Обеспечиваются права пациента
5. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечивается возможность проведения процедуры
6. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
7. Предложить пациенту раздеться до пояса, освободить от одежды голени	Обеспечивается условие выполнения исследования
8. Пациенту придать горизонтальное положение на спине с вытянутыми вдоль тела руками. Нижнюю треть обоих предплечий и голени освободить от одежды.	Обеспечивается правильное положение пациента для выполнения исследования.

Пациент не должен касаться металлических частей кровати	Обеспечивается безопасность пациента
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Запись ЭКГ проводить в 12 отведениях: а) стандартные отведения I, II, III; б) усиленные однополюсные отведения AVR, AVL, AVF4; в) грудные отведения V1, V2, V3, V4, V5, V6	Обеспечивается достоверность результата
2. Для регистрации ЭКГ в стандартных и усиленных однополюсных отведениях(AVR, AVL, AVF) на нижнюю треть обоих предплечий и голени положить влажные салфетки, смоченные раствором натрия хлорида или электродным гелем, а на них 4 пластинчатых электрода, которые соединены с аппаратом с помощью разноцветных электродов: а) на правую руку - красный б) на левую руку - желтый в) на левую ногу - зеленый г) на правую ногу - черный(электрод заземлен)	Для увеличения электропроводимости
3. Для регистрации грудных отведений расположить грудной электрод один или несколько (при многоканальной записи) на передней поверхности грудной клетки согласно грудных позиций	Обеспечивается достоверность результата
4. Запись ЭКГ начинать с записи контрольного милливольтжа: при нулевом положении переключателя отведений включить лентопротяжный механизм, нажать несколько раз на кнопку милливольта и остановить механизм	Обеспечивается установление одинакового усиления электрического сигнала
5. Переключатель отведений поставить на первое отведение и включить лентопротяжный механизм. Записать 3-5 комплексов, остановить механизм, отметить на ЭКГ отведение.	Обеспечивается выполнение исследования.
6. Переключатель отведений поставить на второе отведение. Включить лентопротяжный механизм, сделать запись 3-5 комплексов. Остановить механизм	Обеспечивается выполнение исследования
7. Переключатель отведений на ЭКГ поставить на третье отведение, включите лентопротяжный механизм. Записать 3-5 комплексов. Остановить механизм. В третьем отведении провести запись во время вдоха (пациенту предложить сделать вдох и задержать дыхание)	Обеспечивается выполнение исследования
8. Запись ЭКГ на всех следующих отведениях AVR, AVL, AVF провести соответственно переключателя отведений и запишите, как стандартные	Обеспечивается выполнение исследования
9. Для записи грудных отведений активный электрод аппарата подключить к резиновой груше и установить соответственно позиций, а переключатель отведений	Обеспечивается проведение исследования

<p>поставить на V.</p> <p>Примечание: грудные отведения обозначаются буквой V</p> <p>Грудные позиции и положения активного электрода:</p> <p>а) Первое грудное отведение V1 - около правого края грудины в IV межреберье</p> <p>б) Второе грудное отведение V2 - около левого края грудины в IV межреберье</p> <p>в) Третье грудное отведение V3 - на левой около грудинной линии между IV и V межреберье</p> <p>г) Четвертое грудное отведение V4 - на левой среднеключичной линии в V межреберье</p> <p>д) Пятое грудное отведение V5 - на левой переднеаксилярной линии в V межреберье</p> <p>е) Шестое грудное отведение V6 - на левой среднеаксилярной линии в V межреберье</p>	
<p>10. Грудные отведения записать при соответствующем положении ручки переключателя отведений V, а грудной электрод- грушу установить соответственно позиций (V1 - V6) на передней поверхности грудной клетки последовательно, соответственно нумерации.</p> <p>Примечание. При наличии многоканального аппарата все отведения могут быть зарегистрированы одновременно</p>	<p>Обеспечивается выполнение исследования.</p>
<p>11. В конце записи ЭКГ сделать запись контрольного милливольты</p>	<p>Обеспечивается точность обследования</p>
<p>12. Выключить кнопку работы аппарата</p> <p>Примечание: гаснет сигнальная лампочка</p>	<p>Обеспечивается безопасность пациента</p>
<p>13. Обесточить аппарат, вынув вилку кабеля питания из розетки</p>	<p>Обеспечивается безопасная больничная среда</p>
<p><b>III. Окончание процедуры</b></p>	
<p>1. Снять с пациента электроды.</p> <p>Удалить сухой салфеткой остатки геля</p>	<p>Обеспечивается гигиенический комфорт</p>
<p>2. Обработать электроды дезинфицирующим средством</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>
<p>3. На электрокардиографической ленте указать: Ф.И.О. пациента, возраст, дату и время исследования, диагноз</p>	<p>Исключается возможность ошибки</p>
<p>4. Провести гигиеническую обработку рук</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>
<p>5. Сделать запись о проведении процедуры в соответствующую медицинскую документацию</p>	<p>Обеспечивается документирование исследования</p>

## 2.1.2. Проведение спирометрии

**Показания:** метод применяется для определения жизненной емкости легких (ЖЕЛ) ( $N = 3,0-3,5$ л у женщин,  $3,5-4,5$ л у мужчин) у здоровых, спортсменов и при патологии легких.

### Оснащение:

Спирометр сухой воздушный портативный, спирт этиловый 70%, емкость со стерильными съемными мундштуками, пинцет, медицинские перчатки

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b> 1. Объяснить пациенту суть и ход процедуры. Сообщить пациенту, что: а) исследование проводят натощак или после лёгкого завтрака; б) пациент не должен принимать лекарств, влияющих на состояние органов дыхания (информацию о том, прием каких препаратов необходимо пропустить, следует получить у лечащего врача или у специалиста по исследованию функции внешнего дыхания при планировании спирометрии); в) пациент не должен перед исследованием употреблять чай, кофе, содержащие кофеин напитки; г) за 4 часа до процедуры запрещено курить	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре. Обеспечивается эффективность проведения процедуры
2. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдаются права пациента
3. Если исследование проводят в холодное время года, пациент должен согреться в течение 20-30 мин	Обеспечивается достоверность результатов исследования
4. Перед исследованием галстук, ремни и корсеты следует расслабить, снять с губ помаду, зубные протезы снимать не рекомендуется	Обеспечиваются условия для проведения процедуры
3. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечивается возможность проведения процедуры
4. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть медицинские перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b> 1. Открыть емкость для стерильных мундштуков и достать пинцетом чистый мундштук	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Надеть мундштук на спирометр	Обеспечивается условие выполнения исследования
3. Вращать подвижную часть спирометра до достижения стрелкой нулевого деления	Обеспечивается достоверность результата
4. Предложить пациенту повернуть голову в сторону и сделать глубокие вдох и выдох	Обеспечивается инфекционная безопасность

5. Предложить пациенту сделать максимально глубокий вдох	Обеспечивается последовательность и эффективность проведения исследования
6. Предложить пациенту поместить мундштук спирометра в рот и плотно обхватить его губами	Обеспечивается последовательность и эффективность проведения исследования
7. Предложить пациенту закрыть носовые ходы, прижав крылья носа к перегородке I и II пальцами руки	Обеспечиваются условия для получения достоверного результата
8. Попросить пациента выполнить максимально глубокий выдох в спирометр	Обеспечивается точность результата
9. Посмотреть на показания спирометра и определить величину ЖЕЛ	Обеспечивается фиксирование результатов исследования
10. Повторить измерения еще 2 раза. Учитывается наибольший результат	Обеспечивается точность исследования
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Сообщить пациенту результаты обследования	Соблюдаются права пациента на получение информации
2. Использованное оборудование подвергнуть дезинфекции и стерилизации согласно действующим приказам	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Данные обследования внести в медицинскую документацию	Обеспечивается документирование результатов обследования

### **3. Симптомы и ситуации, при возникновении которых необходимо немедленно сообщить врачу:**

- 3.1. Резкое ухудшение состояния пациента.
- 3.2. Отказ пациента от проведения процедуры.

### **4. Ресурсное обеспечение выполнения протокола**

#### **Оснащение:**

- 4.1. Аппарат ЭГК, марлевые салфетки, физиологический раствор натрия хлорида или электродный гель, часы, медицинская документация, ручка
- 4.2. Спирометр сухой воздушный портативный, спирт этиловый 70%, емкость со стерильными съёмными мундштуками, пинцет, медицинские перчатки.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 422 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 Лечебное дело».
2. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 595 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.02 Акушерское дело».
3. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 593 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело».
4. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 23.09.2015 № 561 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 19.01.02 Лаборант-аналитик».
5. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 423 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.03 Лабораторная диагностика».
6. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 24.08.2015 № 421 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 32.02.01 Медико-профилактическое дело».
7. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 04.06.2015 № 01.1/57 «Об утверждении номенклатуры должностей и специальностей медицинских и фармацевтических работников».
8. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.06.2015 № 282 «Об утверждении перечня профессий рабочих, должностей служащих, по которым осуществляется профессиональное обучение».
9. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08.12.2015 № 012.1\628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики».

10. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 20.08.2015 № 012.1\286 «Об утверждении порядка дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него».
11. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.08.15 № 012.1/285 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в отдельных учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
12. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 21.12.15 № 012.1/670 «Об утверждении основных документов по вопросам контроля качества оказания медицинской помощи».
13. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.11.15 № 012.1/599 «Об утверждении форм первичной учетной документации, которые используются в лабораториях и других учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
14. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 12.03.15 № 312 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
15. Приказ МЗ Украины от 21.09.10 г. №798 «Об утверждении методических рекомендаций» «Хирургическая и гигиеническая обработка рук медицинского персонала».
16. Губенко И.Я., Шевченко А.Т., Бразалий Л.П., Апшай В.Г. Медсестринский уход за пациентом: Стандарты медсестринских процедур, манипуляций и планов ухода и обучения: уч.пособие. – К.: Медицина, 2008.
17. Касевич Н.Н. Основы медсестринства в модулях: уч.пособие. – К.: Медицина, 2009.
18. Касевич Н.М. Общий уход за больными и медицинская манипуляционная техника: учебник. – К.: Медицина, 2008. – 424 с.
19. Ковальчук Л.М. Учебное пособие по хирургии в модулях - К.: «Медицина», 2009.

20. Основы сестринского дела: Алгоритмы манипуляций: учебное пособие Н.В. Широкова и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

И.о. министра



А.А. Оприщенко

ОДОБРЕНО  
Экспертным советом по  
стандартизации медицинской  
помощи в системе Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
08.09.2016 протокол № 3

УТВЕРЖДЕН  
Приказом Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
28.12.2016 № 1555

## **ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ (ФЕЛЬДШЕРА, АКУШЕРКИ) ПО ПОДГОТОВКЕ К ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЯМ**

### **1. Паспортная часть**

**1.1. Проблема, связанная со здоровьем:** необходимость проведения подготовки пациента к инструментальным исследованиям.

**1.2. Код по МКБ-10:** Не определяется.

**1.3. Цель протокола:** Информационное обеспечение проведения медицинской сестрой (фельдшером, акушеркой) подготовки пациента к инструментальному исследованию.

**1.4. Дата составления протокола:** март 2016

**1.5. Дата пересмотра протокола:** март 2019

**1.6. Список и контактная информация лиц, которые участвовали в разработке протокола:**

Составители	Учреждения-разработчики
Шумеева Александра Аркадьевна (председатель рабочей группы), специалист I категории отдела оказания медицинской помощи взрослому населению	Отдел оказания медицинской помощи взрослому населению МЗ ДНР
Ежикова Татьяна Витальевна (заместитель председателя рабочей группы), заместитель главного врача по медсестринству	КУ «ГБ № 2 г. Горловка»
Белецкая Елена Викторовна, заведующий отделением специальности «Сестринское дело»	Горловский медицинский колледж Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
Андрюхова Людмила Владимировна, преподаватель высшей квалификационной категории, преподаватель-методист	

Левитан Ирина Анатольевна, заведующий учебно- производственной практикой, преподаватель высшей квалификационной категории	
Татенко Татьяна Ивановна, преподаватель сестринского ухода при заболеваниях в терапии	
Черепанова Лариса Владимировна, главная медсестра	ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 6 г. Макеевки
Доля Лиля Олеговна, заместитель главного врача по медсестринству	Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака МЗ ДНР
Патрикеева Вера Владиславовна, главная медсестра	Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение МЗ ДНР

**1.7. Актуальность проблемы:** необходимость проведения инструментального исследования.

## **2. Общая часть.**

2.1. Для всех учреждений здравоохранения.

2.1.1. Подготовка к бронхоскопии.

2.1.2. Подготовка к цистоскопии.

2.1.3. Подготовка к гастродуоденоскопии. Ассистирование врачу при ее проведении.

2.1.4. Подготовка к колоноскопии.

2.1.5. Подготовка к ректороманоскопии.

2.1.6. Подготовка пациента к УЗИ органов пищеварения.

2.1.7. Проведение визометрии (определения остроты зрения).

2.1.8. Проведение периметрии.

2.1.9. Проведение измерения внутриглазного давления (тонометрии).

2.1.10. Подготовка пациента к рентгенологическому обследованию почек и мочевыводящих путей (обзорной урографии).

2.1.11. Подготовка пациента к рентгенологическому обследованию почек и мочевыводящих путей (экскреторной урографии).

2.1.12. Подготовка пациента к ирригоскопии.

### **2.1.1. Подготовка к бронхоскопии**

**Оснащение:** стерильные: марлевые салфетки и ватные шарики, лоток. Бронхоскоп, вода, медицинские перчатки, лоток для использованного

материала, этиловый спирт 70%, 0,1% раствор атропина сульфата, стерильные шприцы емкостью 5 мл

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b> 1. Психологически подготовить пациента к процедуре	Устанавливается контакт с пациентом
Объяснить суть и порядок проведения следования. Получить согласие пациента	Соблюдаются права пациента
3. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть медицинские перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b> 1. По назначению врача при выраженном беспокойстве ввести на ночь и утром за 1-1,5 часа один из транквилизаторов	Обеспечивается условие проведения процедуры.
2. Оследовать натошак.	Обеспечивается условие проведения процедуры.
3. Посоветовать пациенту освободить кишечник и мочевой пузырь непосредственно перед бронхоскопией	Предотвращается дискомфорт во время проведения процедуры
4. По назначению врача за 30 минут до начала обследования ввести подкожно 0,5-1 мл 0,1% раствор атропина сульфата	Профилактика осложнений
5. Направить пациента с медицинской документацией в сопровождении медицинской сестры в кабинет бронхоскопии	Обеспечивается документирование результатов исследования.
<b>III. Окончание процедуры</b> 1. После окончания исследования провести дезинфекцию и стерилизацию бронхоскопа в соответствии с инструкцией	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. После бронхоскопии пациента транспортировать на кресле-каталке	Обеспечивается профилактика осложнений
3. Снять перчатки, провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Сделать запись о выполнении процедуры в медицинскую документацию	Обеспечивается документирование результатов исследования
Примечание: Предупредить пациента, что после проведения биопсии в течение дня нельзя употреблять горячую пищу.	

### 2.1.2. Подготовка пациента к цистоскопии. Ассистирование врачу во время ее проведения

**Оснащение:** цистоскоп, мочевыводящий катетер, корнцанг, раствор антисептика для обработки наружного отверстия уретры, стерильный изотонический раствор; 50% раствор анальгина в ампулах, спирт этиловый

70%, стерильные ватные тампоны и салфетки, перчатки медицинские, лоток для использованного материала, стерильный глицерин, стерильный шприц емкостью 5 мл, 20 мл, стерильный шприц Жане, стерильные пинцеты – 2 шт., урологическое кресло, стерильное белье, емкость с дезраствором.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b> 1. Психологически подготовить пациента к процедуре	Устанавливается контакт с пациентом, поощрение к сотрудничеству
2. Объяснить суть и порядок проведения исследования	Соблюдается право пациента на информацию
3. Получить согласие пациента	Соблюдаются права пациента
4. Предложить пациенту освободить мочевой пузырь	Обеспечивается условие проведения процедуры
5. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть медицинские перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b> 1. По назначению врача ввести пациенту парентерально анальгезирующий препарат	Обеспечивается условие проведения процедуры
3. Положить пациента на урологическое кресло	Обеспечивается условие проведения процедуры
4. Мужчине головку полового члена обработать раствором антисептика. Женщине произвести туалет наружных половых органов, наружное отверстие мочеиспускательного канала обработать раствором антисептика	Обеспечивается инфекционная безопасность
5. Ноги, область промежности покрыть стерильной простыней, имеющей вырез в области гениталий	Обеспечивается инфекционная безопасность
6. На стерильную поверхность (пеленка, крышка стерилизатора) положить стерильный цистоскоп, частично обработанный теплым стерильным глицерином (не затрудняет осмотр), стерильный материал, шприцы	Обеспечивается инфекционная безопасность
7. Манипуляцию выполняет врач. Медицинская сестра должна ассистировать врачу во время проведения манипуляции. а) обезболивание уретры может проводиться 2% теплым раствором новокаина или лидокаина, который вводят с помощью шприца с резиновым наконечником или геля с лидокаином, которым смазывают тубус эндоскопа; б) подать теплый стерильный раствор физиологический раствор для заполнения мочевого пузыря с целью улучшения обзора;	Обеспечивается условие проведения процедуры

Примечание: раствор вводят до появления легкого распираания в надлобковой области и позывов на мочеиспускание	
8. Наблюдать за общим состоянием пациента, оценивая цвет кожных покровов, частоту пульса, характер дыхания, правильное положение	Обеспечивается своевременное выявление осложнений.
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. После окончания исследования провести дезинфекцию и стерилизацию цистоскопа в соответствии с инструкцией	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Сделать запись о выполнении процедуры в медицинскую документацию	Обеспечивается документирование результатов исследования

### 2.1.3. Подготовка пациента к гастродуоденоскопии. Ассистирование врачу во время ее проведения

**Оснащение:** фиброгастроскоп, гастроскопический стол, лидокаин спрей для местного применения 10%, этиловый спирт 70%, раствор хлоргексидина биглюконата 0,5% спиртовой, марлевые салфетки, тонометр, фонендоскоп, противошоковый набор, аптечка для оказания экстренной профилактики при аварийных ситуациях.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Психологически подготовить пациента к осмотру слизистой оболочки пищевода, желудка, 12-перстной кишки	Установление контакта с пациентом, поощрение к сотрудничеству
2. Объяснить суть и порядок проведения исследования: а) исследование проводят утром натощак (не ранее чем через 6-8 часов после последнего приема пищи); б) во время исследования пациент будет лишен возможности говорить и проглатывать слюну (в связи с введением эндоскопа и проведением анестезии нарушен акт глотания).	Соблюдается право пациента на информацию Обеспечивается достоверность результата исследования Обеспечивается возможность осмотра слизистой оболочки желудка
3. Получить согласие пациента на процедуру	Соблюдаются права пациента
4. Предупредить пациента: а) о месте и времени проведения исследования; б) о необходимости снять зубные протезы перед исследованием; в) о необходимости иметь с собой полотенце (впитывающую салфетку);	Обеспечивается возможность проведения процедуры. Исключается дискомфорт, связанный с саливацией

г) о необходимости воздержаться от приема пищи после исследования в течение 2 часов	
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. По назначению врача за 20-30 минут перед исследованием подкожно ввести 0,1% раствор атропина сульфата 0,5-1,0 мл	Для снижения секреторной функции слизистой оболочки желудка
2. Предложить пациенту извлечь зубные съемные протезы, расстегнуть стесняющую одежду	Профилактика возможных осложнений
3. Анестезию слизистой оболочки ротоглотки проводит врач методом орошения	Снижается дискомфорт при проведении процедуры
4. Предложить пациенту на гастроскопическом столе лечь на левый бок с вытянутой левой ногой, правую – согнуть в коленном и тазобедренном суставах	Обеспечивается условие проведения процедуры
5. Положить под голову пациента валик, постелить полотенце	Обеспечивается условие проведения процедуры
6. Зафиксировать голову пациента в таком положении, чтобы глотка и пищевод образовали прямую линию	Обеспечивается условие проведения процедуры
7. Ввести ротоблокатор ( для предупреждения повреждения тубуса путём прикусывания)	Обеспечивается условие проведения процедуры
8. Попросить пациента спокойно лежать, равномерно дышать, не глотать слюну и не разговаривать	Обеспечивается условие проведения процедуры
9. Ассистировать врачу во время проведения процедуры	Обеспечивается условие проведения процедуры
10. Наблюдать за общим состоянием пациента, оценивая цвет кожных покровов, частоту пульса, характер дыхания, правильное положение	Обеспечивается своевременное выявление осложнений
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. После окончания исследования провести дезинфекцию и стерилизацию эндоскопа в соответствии с инструкцией	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Сделать запись о выполнении процедуры в медицинскую документацию	Обеспечивается документирование результатов исследования
Примечание: после проведения процедуры рекомендуется пациенту на протяжении 2 часов не принимать пищу. В случае биопсии – на протяжении 24 часов не употреблять горячую пищу.	

#### **2.1.4. Подготовка пациента к колоноскопии. Ассистирование врачу во время ее проведения**

**Оснащение:** стерильные: марлевые салфетки и ватные шарики, лоток. Колоноскоп, вазелин, кружка Эсмарха, вода, медицинские перчатки, касторовое масло, вазелиновое масло, лоток для использованного материала, штатив, шпатель, 0,1% раствор атропина в ампулах, медицинские перчатки, этиловый спирт 70%, стерильные шприцы емкостью 5 мл.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b> 1. Психологически подготовить пациента к процедуре	Установление контакта с пациентом, поощрение к сотрудничеству
2. Объяснить суть и порядок проведения исследования	Соблюдается право пациента на информацию
3. Получить согласие пациента	Соблюдаются права пациента
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. За 3-4 дня назначить пациенту бесшлаковую диету, исключить продукты, которые вызывают брожение в кишечнике	Уменьшение метеоризма, обеспечение качества обследования
2. Обеспечить ежедневное опорожнение кишечника	Обеспечивается очищение слизистой оболочки кишечника
3. Накануне исследования, после обеда, дать выпить 30 – 40 г касторового масла, при стойких запорах рекомендовать принимать ежедневно в течение 3-х дней слабительные препараты (экстракт крушины, сены). Примечание: солевые слабительные раздражают слизистую оболочку кишечника и способствуют развитию метеоризма	Обеспечивается максимальное очищение кишечника и эффективное проведение процедуры
4. Поставить две очистительные клизмы с интервалом в 30-40 минут до чистой воды вечером и с утра за два часа до проведения обследования	Обеспечивается максимальное очищение кишечника и эффективное проведение процедуры
5. При метеоризме использовать газоотводную трубку на 30 – 40 минут перед обследованием	Обеспечивается уменьшение метеоризма, качество обследования
6. За 30 минут до обследования по назначению врача ввести 0,1% раствор атропина сульфата 1мл подкожно	Обеспечивается снижение секреторной функции кишечника
7. Направить пациента натошак с медицинской картой стационарного больного в кабинет колоноскопии в сопровождении медицинского работника	Обеспечивается условие проведения процедуры
8. Ассистировать врачу во время выполнения эндоскопического обследования	Обеспечивается условие проведения процедуры
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. После окончания обследования провести дезинфекцию колоноскопа в соответствии с инструкцией	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Снять перчатки. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Сделать запись о выполнении процедуры в медицинскую документацию.	Обеспечивается документирование результатов исследования.

### 2.1.5. Подготовка пациента к ректороманоскопии. Ассистирование врачу во время ее проведения

**Оснащение:** стерильные: марлевые салфетки, лоток. Ректороманоскоп, вазелин, кружка Эсмарха, вода, медицинские перчатки, касторовое масло, вазелиновое масло, лоток для использованного материала, штатив, шпатель, салфетка с отверстием для ануса.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b> 1. Психологически подготовить пациента к процедуре	Установление контакта с пациентом, поощрение к сотрудничеству
2. Объяснить суть и порядок проведения исследования	Соблюдается право пациента на информацию
3. Получить согласие пациента	Соблюдаются права пациента
<b>II. Выполнение процедуры</b> 1. Объяснить ход подготовки к исследованию: - если физиологические отправления не нарушены: поставить по одной очистительной клизме накануне вечером и утром за 2 часа до обследования; - при запорах: за 3 дня до обследования рекомендовать бесшлаковую диету, ежедневный прием 30 – 50г касторового масла и каждый вечер очистительные клизмы; - очистительные клизмы (до чистой воды) поставить также вечером и утром за 2 часа до обследования	Обеспечивается условие проведения процедуры
2. Обследование проводится натошак в кабинете эндоскопии	Обеспечивается условие проведения процедуры
3. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть медицинские перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Ассистировать во время проведения процедуры: помочь пациенту принять коленно–локтевое положение, накрыть ягодицы пациента салфеткой с отверстием для ануса и подать инструмент для обследования, а в случае необходимости – для биопсии	Обеспечивается условие проведения процедуры
<b>III. Окончание процедуры</b> 1. После окончания процедуры ректороманоскоп продезинфицировать и стерилизовать в соответствии с инструкцией	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Снять перчатки. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Данные обследования внести в медицинскую карту стационарного больного или амбулаторную карту	Обеспечивается документирование результатов обследования

### 2.1.6. Подготовка пациента к УЗИ органов пищеварения

**Оснащение:** медицинская документация, ручка.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Психологически подготовить пациента к процедуре	Установление контакта с пациентом
2. Объяснить суть и порядок проведения исследования. Получить согласие пациента	Соблюдаются права пациента
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. За 3 дня до процедуры исключить продукты, способствующие избыточному газообразованию в кишечнике (сырое молоко, черный хлеб, бобовые, капусту, газированные напитки и т.д.)	Обеспечивается эффективность исследования
2. Предупредить пациента, что исследование проводится натощак.	Обеспечивается условие выполнения процедуры
3. Исключить утром в день обследования прием лекарств, курение, употребление жидкостей	Обеспечивается условие выполнения процедуры
4. Посоветовать при метеоризме в течение 3 дней принимать по назначению врача препараты, улучшающие пищеварение	Уменьшение метеоризма, обеспечение качества обследования
5. При запорах накануне вечером поставить очистительную клизму	Обеспечивается максимальное очищение кишечника и эффективное проведение процедуры
6. Предупредить пациента, чтобы он взял с собой в кабинет УЗИ полотенце	Обеспечивается условие выполнения процедуры

### 2.1.7. Проведение визометрии (определения остроты зрения)

**Оснащение:** таблица Головина – Сивцова или Шевелева, емкость с дезинфицирующим раствором, медицинская документация, ручка.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Пояснить пациенту суть и ход процедуры.	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре.
2. Получить согласие пациента на проведение процедуры.	Соблюдаются права пациента
3. Подготовить необходимое оснащение.	Обеспечивается возможность проведения процедуры.
4. Предложить пациенту сесть на стул спиной к свету на расстоянии 5 метров от таблицы Головина-Сивцова.	Обеспечиваются условия для проведения процедуры.
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Попросить пациента прикрыть левый глаз непрозрачным экраном, приложивши к переносице так, чтобы наружный край щитка не прилегал к лицу	Обеспечиваются условия для эффективного выполнения процедуры

больного.	
2. Провести исследования каждого глаза отдельно, поскольку острота зрения на обоих глазах может быть разной, начинать с правого глаза.	Обеспечивается точность результатов
<p>Определить показатели остроты зрения.</p> <p>Примечание: каждый ряд таблицы отвечает 10% остроты зрения.</p> <p>Если в рядах таблицы, что соответствуют остроты зрения 0,3; 0,4; 0,5; 0,6 неправильно названный один знак, а в рядах соответственно 0,7; 0,8; 0,9; 1.0 – два знака, то такая острота зрения оценивается по данному ряду, как неполная.</p>	Обеспечивается определение показателей остроты зрения пациента
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Ознакомить пациента с результатами исследования.	Обеспечивается право пациента на информацию.
2. Провести дезинфекцию экрана.	Соблюдается инфекционная безопасность.
3. Провести гигиеническую обработку рук.	Соблюдается инфекционная безопасность.
4. Записать результаты обследования в медицинскую документацию	Обеспечивается документирование результатов исследования.

### 2.1.8. Проведение периметрии

**Оснащение:** проекционный периметр, монокулярная повязка, медицинская документация, ручка, емкость с дезинфицирующим раствором.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Пояснить пациенту суть и ход процедуры.	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре.
2. Получить согласие пациента на проведение процедуры.	Соблюдаются права пациента
3. Подготовить необходимое оснащение.	Обеспечивается возможность проведения процедуры.
4. Предложить пациенту сесть на специальный вращающий стул, возле проекционного периметра	Обеспечиваются удобные условия для выполнения процедуры.
5. Закрывать один глаз монокулярной повязкой, подбородок поставить на подставку периметра.	Обеспечиваются условия для исследования.
<b>II. Выполнение процедуры:</b>	
1. Предложить пациенту исследуемым глазом не подвижно фиксировать белую точку в центре дуги периметра	Обеспечивается качество проведения процедуры

2. Стать напротив пациента и следить за, тем чтобы он во время исследования, постоянно смотрел в центр дуги периметра	Обеспечивается точность результатов.
3. Медленно передвигать белый объект диаметром 5мм от периферии до центра до тех пор, пока пациент продолжает фиксировать центральную точку, не исчезнет белый объект. Примечание: деления дуги, на котором пациент заметил белый объект, отвечает границе поля зрения.	Определяется граница поля зрения на белый цвет
<b>III. Окончание процедуры:</b>	
1. Ознакомить пациента с результатами исследования	Обеспечивается право пациента на информацию
2. Протереть подставку периметра дезинфицирующим раствором	Соблюдается инфекционная безопасность
3. Провести гигиеническую обработку рук	Соблюдается инфекционная безопасность
4. Записать полученные данные результатов исследования на специальную схему в медицинскую документацию	Обеспечивается документирование результатов исследования

### 2.1.9. Проведение измерения внутриглазного давления (тонометрии)

**Оснащение:** тонометр Маклакова, ватные и марлевые тампоны, 70% спирт, медицинские перчатки, медицинская документация, ручка, емкость с дезинфицирующим раствором, линейка

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Пояснить пациенту суть и ход процедуры.	Обеспечивается психологическая подготовка пациента к процедуре
2. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдаются права пациента
3. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечивается возможность проведения процедуры
4. Провести гигиеническую обработку рук, надеть одноразовые резиновые перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность
5. Протереть тонометр Маклакова спиртом	Соблюдается инфекционная безопасность
6. Попросить пациента лечь на кушетку на спину, положить голову на возвышенность, поднять перед глазами указательный палец и зафиксировать на нём взгляд	Обеспечивается правильное положение головы при выполнении процедуры
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Пальцами расширить глазную щель исследуемого глаза, подвести металлический грузик тонометра к глазу и	Обеспечивается расширение глаза для выполнения

поставить его на центр роговицы (роговица должна быть расположена строго прямо)	процедуры
2. Осторожно опустить держатель грузика, чтобы он произвел давление на роговицу, затем быстро поднять держатель и убрать грузик	Обеспечивается давление на роговицу глаза
3. Светлый кружок, который получился, отпечатать на бумаге, смоченной спиртом. Специальной линейкой измерить диаметр отпечатка.	Обеспечивается отпечаток от грузика.
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Спросить пациента про его самочувствие	Определение реакции пациента на процедуру
2. Ознакомить пациента с результатами исследования	Обеспечивается право пациента на информацию
3. Протереть тонометр Маклакова спиртом	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Погрузить ватные тампоны в дезинфицирующий раствор	Соблюдается инфекционная безопасность
13. Снять перчатки. Провести гигиеническую обработку рук	Соблюдается инфекционная безопасность
14. Сделать запись о проведении процедуры в меддокументацию	Обеспечивается документирование результатов исследования

### 2.1.10. Подготовка пациента к рентгенологическому обследованию почек и мочевыводящих путей (обзорной урографии)

**Оснащение:** карболен в таблетках, ручка, медицинская документация.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Психологически подготовить пациента к процедуре	Установление контакта с пациентом, поощрение к сотрудничеству
2. Объяснить суть и порядок проведения исследования	Соблюдается право пациента на информацию
3. Получить согласие пациента	Соблюдаются права пациента
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. В течение 3-х дней до обследования пациент должен соблюдать бесшлаковую диету	Предотвращается газообразование в кишечнике
2. При метеоризме принимать медикаменты по назначению врача	Обеспечивается уменьшение явлений метеоризма
3. Предупредить пациента о том, что исследование будет проводиться натощак	Обеспечивается информативность исследования
4. Накануне вечером и утром за 2 часа до обследования –	Обеспечивается условие

проведение очистительных клизм до чистой воды (см. протокол 14 «Постановка клизм»)	проведения обследования
5. Непосредственно перед обследованием предложить пациенту освободить мочевой пузырь	Обеспечивается комфорт пациента
6. Сопроводить пациента в рентгенкабинет (на каталке или своим ходом в зависимости от состояния пациента)	Обеспечивается безопасность пациента
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Сделать запись о выполнении процедуры в медицинскую документацию	Обеспечивается преемственность сестринского ухода

### 2.1.11. Подготовка пациента к рентгенологическому обследованию почек и мочевыводящих путей (экскреторной урографии)

**Оснащение:** стерильные ватные шарики или марлевые салфетки, спирт этиловый 70%, шприцы стерильные емкостью 5, 20мл с инъекционными иглами, йодосодержащие рентгенконтрастные препараты – урограф, триабмраст, тразограф и др., в том числе тест-ампула с выбранным рентгенконтрастным препаратом, или неионные рентгенконтрастные вещества (омнипак, ультравист), карболен в таблетках, тонометр, фонендоскоп, противошоковый набор, аптечка для оказания экстренной профилактики при аварийных ситуациях.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка пациента</b>	
1. Психологически подготовить пациента к процедуре.	Установление контакта с пациентом, поощрение к сотрудничеству.
2. Объяснить суть и порядок проведения исследования. Тщательно собрать аллергологический анамнез и выяснить реакцию пациента на ранее проводимые рентгенологические обследования с применением йодсодержащих рентгеноконтрастных препаратов	Соблюдается право пациента на информацию Профилактика аллергологических осложнений
3. Получить согласие пациента.	Соблюдаются права пациента
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. В течение 3-х дней пациент должен соблюдать бесшлаковую диету.	Предотвращается газообразование в кишечнике
2. При метеоризме принимать препараты по назначению врача	Обеспечивается условие проведения процедуры
3. Накануне вечером и утром за 2ч. до обследования – поставить очистительные клизмы.	Обеспечивается максимальное очищение кишечника и эффективное проведение процедуры.
4. Непосредственно перед обследованием предложить пациенту освободить мочевой пузырь.	Обеспечивается комфорт пациента

<p>5. За сутки до обследования произвести внутривенную пробу на индивидуальную чувствительность к йодосодержащим препаратам с помощью тест-ампулы. Примечание: проба считается положительной, если на введение рентгеноконтрастного вещества появляется зуд кожи, тошнота, отек лица и др. При использовании неионных рентгеноконтрастных веществ пробу на чувствительность к ним не проводят.</p>	<p>Обеспечивается предупреждение развития аллергической реакции.</p>
<p>6. Сопроводить пациента в рентгенкабинет (на каталке или своим ходом в зависимости от состояния пациента).</p>	<p>Обеспечивается безопасность пациента</p>
<p>7. Непосредственно перед обследованием внутривенно медленно вводится 40-60 мл рентгеноконтрастного вещества. Примечание: попадание контрастного вещества в окружающие ткани может привести к перифлебиту и некрозу подкожно-жировой клетчатки.</p>	<p>Обеспечивается информативность проводимого исследования</p>

### 2.1.12. Подготовка пациента к ирригоскопии.

**Оснащение:** кружка Эсмарха, вода, карболен, касторовое масло – 50мл, газоотводная трубка, вазелин, бария сульфат, медицинская документация, ручка.

Этапы	Обоснование
<p><b>I. Подготовка пациента:</b></p>	
<p>1. Психологически подготовить пациента к процедуре</p>	<p>Установление контакта с пациентом, поощрение к сотрудничеству.</p>
<p>2. Объяснить суть и порядок проведения исследования</p>	<p>Соблюдается право пациента на информацию</p>
<p>3. Получить согласие пациента</p>	<p>Соблюдение прав пациента</p>
<p><b>II. Выполнение процедуры</b></p>	
<p>1. За 3 суток до обследования пациент должен исключить из рациона продукты, которые вызывают брожение в кишечнике (цельное молоко, черный хлеб, капусту, бобовые и др.)</p>	<p>Предотвращается газообразование в кишечнике</p>
<p>1. За 1 сутки до исследования пациент должен прекратить прием медикаментов, которые снижают тонус и перистальтику кишечника (атропина сульфат, папаверина гидрохлорид и др.)</p>	<p>Обеспечивается достоверность результатов исследования</p>
<p>2. По назначению врача предложить пациенту принимать по 2 таблетки карболена 3 раза в день</p>	<p>Для уменьшения метеоризма</p>
<p>3. Накануне в обед пациенту дать внутрь 30 – 50 мл касторового масла.</p>	<p>Обеспечивается качественное очищение кишечника.</p>

Примечание: для очищения кишечника не следует применять солевые слабительные (в связи с раздражением слизистой оболочки кишечника)	
4. Предупредить пациента, что последний прием пищи не позднее 18 часов накануне дня исследования	Обеспечивается эффективность процедуры
6. Накануне вечером и утром за 2 часа до обследования поставить очистительные клизмы (до чистой воды). Примечание: клизмы делают с промежутком времени в 30-40 минут.	Обеспечивается максимальное очищение кишечника и эффективное проведение процедуры.
7. В случае появления признаков метеоризма за 30-40 минут до исследования пациенту вводят газоотводную трубку, которую удаляют перед тем, как он пойдет в рентгенкабинет	Обеспечивается эффективность исследования
<b>III. Окончание процедуры</b> 1. Сопроводить пациента в рентгенкабинет	Обеспечивается безопасность пациента

### **3. Симптомы и ситуации, при возникновении которых необходимо немедленно сообщить врачу:**

- 3.1. Резкое ухудшение состояния пациента.
- 3.2. Отказ пациента от проведения процедуры.

### **4. Ресурсное обеспечение выполнения протокола**

#### **Оснащение:**

4.1. Стерильные: марлевые салфетки и ватные шарики, лоток, бронхоскоп, вода, медицинские перчатки, лоток для использованного материала, 0,5% раствор седуксена или сибазона в ампулах, этиловый спирт 70%, 0,1% раствор атропина сульфата, стерильные шприцы емкостью 5мл.

4.2. Цистоскоп, мочевыводящий катетер, корнцанг, раствор калия перманганата (бледно-розовый), раствор антисептика для обработки наружного отверстия уретры, 2% раствор борной кислоты или стерильный изотонический раствор; 50% раствор анальгина в ампулах, спирт этиловый 70%, стерильные ватные тампоны и салфетки, перчатки медицинские, лоток для использованного материала, стерильный глицерин, стерильный шприц емкостью 5мл, 20мл, стерильный шприц Жане, стерильные пинцеты – 2шт, урологическое кресло, стерильное белье, емкость с дезраствором.

4.3. Фиброгастроскоп, гастроскопический стол, 2% раствор тримекаина, этиловый спирт 70%, раствор хлоргексидина биглюконата 0,5% спиртовой, марлевые салфетки, тонометр, фонендоскоп, противошоковый набор, аптечка для оказания экстренной профилактики при аварийных ситуациях.

4.4. Стерильные: марлевые салфетки и ватные шарики, лоток. Колоноскоп, вазелин, кружка Эсмарха, вода, медицинские перчатки, касторовое масло, вазелиновое масло, лоток для использованного материала, штатив, шпатель, 0,1% раствор атропина в ампулах, медицинские перчатки, этиловый спирт 70%, стерильные шприцы емкостью 5мл.

4.5. Стерильные: марлевые салфетки, лоток. Ректороманоскоп, вазелин, кружка Эсмарха, вода, медицинские перчатки, касторовое масло, вазелиновое масло, лоток для использованного материала, штатив, шпатель, салфетка с отверстием для ануса.

4.6. Медицинская документация, ручка.

4.7. Таблица Головина – Сивцова или Щевелева, медицинская документация, ручка, емкость с дезинфицирующим раствором, медицинская документация, ручка.

4.8. Проекционный периметр, медицинская документация, ручка, емкость с дезинфицирующим раствором, монокулярная повязка.

4.9. Тонومتر Маклакова, ватные и марлевые тампоны, 70% спирт, медицинские перчатки, медицинская документация, ручка, емкость с дезинфицирующим раствором, линейка

4.10. Карболен в таблетках, ручка, медицинская документация.

4.11. Стерильные ватные шарики или марлевые салфетки, спирт этиловый 70%, шприцы стерильные емкостью 5, 20мл с инъекционными иглами, йодосодержащие рентгенконтрастные препараты – уротраст, триабмраст, тразограф и др., в том числе тест-ампула с выбранным рентгенконтрастным препаратом, или неионные рентгенконтрастные вещества (омнипак, ультравист), карболен в таблетках, тонومتر, фонендоскоп, противошоковый набор, аптечка для оказания экстренной профилактики при аварийных ситуациях, ручка, медицинская документация.

4.12. Кружка Эсмарха, вода, карболен, касторовое масло – 50г, газоотводная трубка, вазелин, бария сульфат, медицинская документация, ручка.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 422 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 Лечебное дело».
2. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 595 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.02 Акушерское дело».

3. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 593 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело».
4. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 23.09.2015 № 561 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 19.01.02 Лаборант-аналитик».
5. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 423 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.03 Лабораторная диагностика».
6. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 24.08.2015 № 421 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 32.02.01 Медико-профилактическое дело».
7. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 04.06.2015 № 01.1/57 «Об утверждении номенклатуры должностей и специальностей медицинских и фармацевтических работников».
8. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.06.2015 № 282 «Об утверждении перечня профессий рабочих, должностей служащих, по которым осуществляется профессиональное обучение».
9. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08.12.2015 № 012.1\628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики».
10. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 20.08.2015 № 012.1\286 «Об утверждении порядка дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него».
11. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.08.15 № 012.1/285 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в отдельных учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
12. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 21.12.15 № 012.1/670 «Об утверждении основных документов по вопросам контроля качества оказания медицинской помощи».

13. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.11.15 № 012.1/599 «Об утверждении форм первичной учетной документации, которые используются в лабораториях и других учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
14. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 12.03.15 № 312 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
15. Приказ МЗ Украины от 21.09.10 г. №798 «Об утверждении методических рекомендаций» «Хирургическая и гигиеническая обработка рук медицинского персонала».
16. Губенко И.Я., Шевченко А.Т., Бразалий Л.П., Апшай В.Г. Медсестринский уход за пациентом: Стандарты медсестринских процедур, манипуляций и планов ухода и обучения: уч.пособие. – К.: Медицина, 2008.
17. Касевич Н.Н. Основы медсестринства в модулях: уч.пособие. – К.: Медицина, 2009.
18. Касевич Н.М. Общий уход за больными и медицинская манипуляционная техника: учебник. – К.: Медицина, 2008. – 424 с.
19. Ковальчук Л.М. Учебное пособие по хирургии в модулях - К.: «Медицина», 2009.
20. Основы сестринского дела: Алгоритмы манипуляций: учебное пособие Н.В. Широкова и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

И.о. министра



А.А. Оприщенко

ОДОБРЕНО

Экспертным советом по  
стандартизации медицинской  
помощи в системе Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
08.09.2016 протокол № 3

УТВЕРЖДЕН  
Приказом Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
28.12.2016 № 1555

## **ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ (ФЕЛЬДШЕРА, АКУШЕРКИ) ПО ВЫПОЛНЕНИЮ МАНИПУЛЯЦИЙ В ДЕСМУРГИИ**

### **1. Паспортная часть**

**1.1. Проблема, связанная со здоровьем:** необходимость выполнения перевязок больным с ранами

**1.2. Код по МКБ-10:** Не определяется.

**1.3. Цель протокола:** Информационное обеспечение выполнения перевязок ран в различных фазах раневого процесса

**1.4. Дата составления протокола:** март 2016

**1.5. Дата пересмотра протокола:** март 2019

**1.6. Список и контактная информация лиц, которые участвовали в разработке протокола:**

Составители	Учреждения-разработчики
Шумеева Александра Аркадьевна (председатель рабочей группы), специалист I категории отдела оказания медицинской помощи взрослому населению	Отдел оказания медицинской помощи взрослому населению МЗ ДНР
Ежикова Татьяна Витальевна (заместитель председателя рабочей группы), заместитель главного врача по медсестринству	КУ «ГБ № 2 г. Горловка»
Белецкая Елена Викторовна, заведующий отделением специальности «Сестринское дело»	Горловский медицинский колледж Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
Андрюхова Людмила Владимировна, преподаватель высшей квалификационной категории, преподаватель-методист	

Левитан Ирина Анатольевна, заведующий учебно- производственной практикой, преподаватель высшей квалификационной категории	
Татенко Татьяна Ивановна, преподаватель сестринского ухода при заболеваниях в терапии	
Черепанова Лариса Владимировна, главная медсестра	ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 6 г. Макеевки
Доля Лиля Олеговна, заместитель главного врача по медсестринству	Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака МЗ ДНР
Патрикеева Вера Владиславовна, главная медсестра	Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение МЗ ДНР

**1.7. Актуальность проблемы:** необходимость унификации выполнения манипуляций при перевязках ран в различных фазах раневого процесса

## **2. Общая часть.**

2.1. Для всех учреждений здравоохранения.

2.1.1. Перевязка глубокой раны в фазе гидратации (с дренажем)

2.1.2. Перевязка поверхностной раны в фазе гидратации

2.1.3. Перевязка раны в фазе дегидратации

2.1.4. Перевязка послеоперационной асептической раны

2.1.5. Наложение повязки «рыцарская перчатка»

2.1.6. Наложение колосовидной повязки на плечевой сустав

2.1.7. Наложение повязки «варежка»

2.1.8. Наложение повязки «чепец»

2.1.9. Наложение монокулярной повязки

2.1.10. Наложение бинокулярной повязки

2.1.11. Наложение крестообразной повязки на затылок

2.1.12. Наложение повязки на молочную железу

2.1.13. Наложение сходящейся черепашьей повязки

2.1.14. Наложение расходящейся черепашьей повязки

### **2.1.1. Перевязка глубокой раны в фазе гидратации (с дренажем)**

#### **Оснащение:**

Стерильные инструменты (хирургические пинцеты - 2 шт., зонд пуговчатый – 1 шт., ножницы, почкообразный лоток, стерильные марлевые шарики, стерильные марлевые салфетки, бинты, медицинские перчатки, резиновые дренажи, маска, очки/защитный экран, водонепроницаемый фартук,

антисептические растворы по назначению врача, 10% раствор натрия хлорида (гипертонический раствор), лейкопластырь, лоток для использованного материала, емкости с дезрастворами, медицинская документация, ручка

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b> 1. Пояснить пациенту ход манипуляции и получить согласие на ее проведение	Устанавливается контакт с пациентом. Соблюдаются права пациента.
2. Подготовить необходимое оборудование и материалы	Обеспечиваются условия для проведения манипуляции
3. Надеть средства индивидуальной защиты	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Провести гигиеническую антисептику рук. Надеть медицинские перчатки.	Обеспечивается инфекционная безопасность.
5. Предложить пациенту сесть на стул или лечь на перевязочный стол и помочь принять нужное положение. Области тела, которая подлежит перевязке придать удобное положение.	Достигается эффективность проведения манипуляции
6. С помощью двух цапок (на стерильном столе перевязочной медицинской сестры) открыть стерильный стол	Достигается инфекционная безопасность
7. С помощью корнцанга со стола взять стерильный лоток, в который положить все необходимое для перевязки: а) хирургические пинцеты – 2 шт.; б) пуговчатый зонд; в) ножницы; г) стерильные салфетки и шарики; д) дренаж (резиновую полоску или марлевую турунду)	Обеспечиваются условия для проведения манипуляции
<b>II. Выполнение процедуры</b> 1. Снятие старой повязки. С помощью корнцанга взять стерильный пинцет. С помощью пинцета осторожно снять с раны лейкопластырь, придерживая сухим шариком кожу, не давая ей тянуться за повязкой. Если наложена бинтовая повязка, то ножницами Листера разрезать ее по ширине в стороне от раны. Снятые поверхностные слои повязки поместить в лоток для использованного материала	Предупреждается повреждение кожи
2. После снятия поверхностный слоев повязки, обильно смочить внутренний слой 3% раствором перекиси водорода или другого антисептика. Промокшие салфетки осторожно снять пинцетом в направлении вдоль раны, от	Предупреждаются осложнения

<p>одного конца раны к другому, сверху вниз. Примечание: тяга поперек раны увеличивает зияние и боль. Удалить дренаж. Снятые салфетки и дренаж поместить в лоток для отработанного материала вместе с пинцетом</p>	
<p>3. Произвести осмотр раны и прилежащих тканей. Определить, в какой фазе находится раневой процесс. Определить форму раны, ее края, обратить внимание на выделения из раны (серозные, гнойный, гнойно-кровянистые), их консистенцию, цвет, количество, запах. Провести пальпацию краев раны (плотные, болезненные, безболезненные, наличие крепитации и др.) Примечание: тактику местного лечения гнойной раны определяет врач</p>	<p>Обеспечивается эффективность проведения манипуляции, выбор соответствующего местного лечения. Выявляются осложнения раны</p>
<p>4. С помощью корнцанга взять из лотка другой стерильный пинцет</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>
<p>5. Стерильным пинцетом взять стерильный марлевый шарик, смочить его в антисептике, излишки отжать на внутренней стороне флакона</p>	<p>Обеспечивается профилактика осложнений</p>
<p>6. Туалет кожи вокруг раны Края раны обработать марлевым шариком, смоченным в антисептике Примечание: кожу протирать от краев раны к периферии. Пинцет не должен касаться краев раны. Шарик после использования выбросить в лоток для отработанного материала</p>	<p>Предупреждается инфицирование раны</p>
<p>7. Туалет раны. Удалить гной с поверхности раны с помощью сухих марлевых шариков. Промыть рану с помощью стерильного марлевого шарика 3% раствором перекиси водорода (либо другого препарата по назначению врача). Высушить рану сухими марлевыми шариками. Использованные шарики поместить в лоток для отработанного материала</p>	<p>Обеспечивается уменьшение гнойного экссудата в ране. Для уничтожения микроорганизмов в ране</p>
<p>8. Пинцетом взять зонд, переложить его в левую руку. Пинцетом взять дренаж и поднести его к ране (марлевою турунду предварительно смочить гипертоническим раствором). С помощью зонда вставить дренаж. Зонд положить в лоток для отработанного материала</p>	<p>Обеспечивается отток экссудата</p>
<p>9. Наложение новой повязки. Пинцетом взять ножницы и стерильную марлевою салфетку, разрезать ее с одной стороны до половины (сделать «штанишки»), смочить 10% раствором натрия хлорида. На рану с помощью пинцета наложить салфетку,</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>

смоченную гипертоническим раствором таким образом, чтобы она охватывала дренаж разрезанными концами. Пинцетом взять 2-3 стерильные марлевые салфетки и наложить их поверх салфетки с гипертоническим раствором	
10. Фиксация повязки Перевязочный материал зафиксировать бинтом или лейкопластырем. Примечание: вид повязки зависит от локализации и фазы раневого процесса	Предупреждение сползания повязки
11. Спросить у пациента о его самочувствии	Обеспечивается предупреждение осложнений
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Использованный инструментарий погрузить в дезинфицирующий раствор	Обеспечивается инфекционная безопасность.
2. Снять средства индивидуальной защиты: фартук, перчатки провести дезинфекцию. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Сделать запись о проведении процедуры и реакции на нее пациента в соответствующей медицинской документации	Обеспечивается документирование процедуры Обеспечивается преемственность сестринского ухода

### 2.1.2. Перевязка поверхностной раны в фазе гидратации

#### Оснащение:

Стерильные инструменты (хирургические пинцеты - 2 шт., ножницы, почкообразный лоток, стерильные марлевые шарики, стерильные марлевые салфетки, бинты, медицинские перчатки, маска, очки/защитный экран, водонепроницаемый фартук, антисептические растворы по назначению врача, 10% раствор натрия хлорида (гипертонический раствор), лейкопластырь, лоток для использованного материала, емкости с дезрастворами, медицинская документация, ручка

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Пояснить пациенту ход манипуляции и получить согласие на ее проведение	Устанавливается контакт с пациентом. Соблюдаются права пациента
2. Подготовить необходимое оборудование и материалы	Обеспечиваются условия для проведения манипуляции
3. Надеть средства индивидуальной защиты	Обеспечивается инфекционная безопасность

4. Провести гигиеническую антисептику рук. Надеть медицинские перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность.
5. Предложить пациенту сесть на стул или лечь на перевязочный стол и помочь принять нужное положение. Области тела, которая подлежит перевязке придать удобное положение	Достигается эффективность проведения манипуляции
6. С помощью двух цапок (на стерильном столе перевязочной медицинской сестры) открыть стерильный стол	Достигается инфекционная безопасность
7. С помощью корнцанга со стола взять стерильный лоток, в который положить все необходимое для перевязки: а) хирургические пинцеты – 2 шт.; б) ножницы; в) стерильные салфетки и шарики	Обеспечиваются условия для проведения манипуляции
<b>II. Выполнение процедуры</b> 1. Снятие старой повязки. С помощью корнцанга взять стерильный пинцет. С помощью пинцета осторожно снять с раны лейкопластырь, придерживая сухим шариком кожу, не давая ей тянуться за повязкой. Если наложена бинтовая повязка, то ножницами Листера разрезать ее по ширине в стороне от раны. Снятые поверхностные слои повязки поместить в лоток для использованного материала	Предупреждается повреждение кожи
2. После снятия поверхностных слоев повязки, обильно смочить внутренний слой 3% раствором перекиси водорода или другого антисептика. Промокшие салфетки осторожно снять пинцетом в направлении вдоль раны, от одного конца раны к другому, сверху вниз. Примечание: тяга поперек раны увеличивает зияние и боль. Снятые салфетки поместить в лоток для отработанного материала вместе с пинцетом	Предупреждаются осложнения
3. Произвести осмотр раны и прилежащих тканей. Определить, в какой фазе находится раневой процесс. Определить форму раны, ее края, обратить внимание на выделения из раны (серозные, гнойный, гнойно-кровянистые), их консистенцию, цвет, количество, запах. Провести пальпацию краев раны (плотные, болезненные, безболезненные, наличие крепитации и др.) Примечание: тактику местного лечения гнойной раны определяет врач	Обеспечивается эффективность проведения манипуляции, выбор соответствующего местного лечения. Выявляются осложнения раны
4. С помощью корнцанга взять из лотка другой стерильный пинцет	Обеспечивается инфекционная безопасность

<p>5. Туалет кожи вокруг раны Стерильным пинцетом взять стерильный марлевый шарик, смочить его в антисептике, излишки отжать на внутренней стороне флакона</p>	<p>Обеспечивается профилактика осложнений</p>
<p>6. Края раны обработать марлевым шариком, смоченным антисептике Примечание: кожу протирать от краев раны к периферии. Пинцет не должен касаться краев раны. Шарик после использования выбросить в лоток для отработанного материала</p>	<p>Предупреждается инфицирование раны</p>
<p>7. Туалет раны Удалить гной с поверхности раны с помощью сухих марлевых шариков. Промыть рану с помощью стерильного марлевого шарика 3% раствором перекиси водорода (либо другого препарата по назначению врача). Высушить рану сухими марлевыми шариками. Использованные шарики поместить в лоток для отработанного материала</p>	<p>Обеспечивается уменьшение гнойного экссудата в ране. Для уничтожения микроорганизмов в ране</p>
<p>8. Наложение новой повязки. Пинцетом взять стерильную марлеву салфетку, смочить 10% раствором натрия хлорида. На рану с помощью пинцета наложить салфетку, смоченную гипертоническим раствором. Поверх наложить 2-3 сухие стерильные марлевые салфетки.</p>	<p>Обеспечивается отток экссудата Обеспечивается инфекционная безопасность</p>
<p>9. Фиксация повязки Перевязочный материал зафиксировать бинтом, лейкопластырем. Примечание: вид повязки зависит от локализации и фазы раневого процесса.</p>	<p>Предупреждение сползания повязки</p>
<p>10. Спросить у пациента о его самочувствии.</p>	<p>Обеспечивается предупреждение осложнений</p>
<p><b>III. Окончание процедуры</b></p>	
<p>1. Использованный инструментарий погрузить в дезинфицирующий раствор</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность.</p>
<p>2. Снять средства индивидуальной защиты: фартук, перчатки провести дезинфекцию. Провести гигиеническую обработку рук</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>
<p>3. Сделать запись о проведении процедуры и реакции на нее пациента в соответствующей медицинской документации</p>	<p>Обеспечивается документирование процедуры</p>

### 2.1. 3. перевязка раны в фазе дегидратации

#### Оснащение:

Стерильные инструменты (хирургические пинцеты - 2 шт., ножницы, почкообразный лоток), стерильные марлевые шарики, стерильные марлевые салфетки, бинты, медицинские перчатки, маска, очки/защитный экран, водонепроницаемый фартук, антисептические растворы по назначению врача, флакон с мазью (по назначению врача), лейкопластырь, лоток для использованного материала, емкости с дезрастворами, медицинская документация, ручка.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b> 1. Объяснить пациенту ход манипуляции и получить согласие на ее проведение	Устанавливается контакт с пациентом. Соблюдаются права пациента
2. Подготовить необходимое оборудование и материалы	Обеспечиваются условия для проведения манипуляции
3. Надеть средства индивидуальной защиты	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Провести обработку рук гигиеническим способом. Надеть медицинские перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность.
5. Предложить пациенту сесть на стул или лечь на перевязочный стол и помочь принять нужное положение. Области тела, которая подлежит перевязке придать удобное положение	Достигается эффективность проведения манипуляции
6. Подготовить стерильный инструментарий	Достигается инфекционная безопасность Обеспечиваются условия для проведения манипуляции
<b>II. Выполнение процедуры</b> 1. Снятие старой повязки С помощью корнцанга взять стерильный пинцет. С помощью пинцета осторожно снять с раны лейкопластырь, придерживая сухим шариком кожу, не давая ей тянуться за повязкой. Если наложена бинтовая повязка, то ножницами Листера разрезать ее по ширине в стороне от раны. Снятые поверхностные слои повязки поместить в лоток для использованного материала	Предупреждается повреждение кожи
2. После снятия поверхностных слоев повязки, обильно смочить внутренний слой 3% раствором перекиси водорода или другого антисептика. Промокшие салфетки осторожно снять пинцетом в направлении вдоль раны, от одного конца раны к другому, сверху вниз.	Предупреждаются осложнения

<p>Примечание: тяга поперек раны увеличивает зияние и боль.</p> <p>Удалить дренаж.</p> <p>Снятые салфетки и дренаж поместить в лоток для отработанного материала вместе с пинцетом</p>	
<p>3. Произвести осмотр раны и прилежащих тканей.</p> <p>Определить, в какой фазе находится раневой процесс.</p> <p>Определить характер грануляций, форму раны, ее края, обратить внимание на выделения из раны (серозные, гнойный, гнойно-кровянистые), их консистенцию, цвет, количество, запах.</p> <p>Провести пальпацию краев раны (плотные, болезненные, безболезненные, наличие крепитации и др.)</p> <p>Примечание: тактику местного лечения гнойной раны определяет врач</p>	<p>Обеспечивается эффективность проведения манипуляции, выбор соответствующего местного лечения.</p> <p>Выявляются осложнения раны</p>
<p>4. С помощью корнцанга взять из лотка другой стерильный пинцет</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность</p>
<p>5. Туалет кожи вокруг раны</p> <p>Стерильным пинцетом взять стерильный марлевый шарик, смочить его в антисептике, излишки отжать на внутренней стороне флакона.</p>	<p>Обеспечивается профилактика осложнений</p>
<p>6. Края раны обработать марлевым шариком, смоченным в антисептике</p> <p>Примечание: кожу протирать от краев раны к периферии.</p> <p>Пинцет не должен касаться краев раны.</p> <p>Шарик после использования выбросить в лоток для отработанного материала</p>	<p>Предупреждается инфицирование раны</p>
<p>7. Туалет раны</p> <p>Удалить гной с поверхности раны с помощью сухих марлевых шариков. Промыть рану с помощью стерильного марлевого шарика 3% раствором перекиси водорода (либо другого препарата по назначению врача).</p> <p>Высушить рану сухими марлевыми шариками.</p> <p>Использованные шарики поместить в лоток для отработанного материала</p>	<p>Обеспечивается уменьшение гнойного экссудата в ране.</p> <p>Для уничтожения микроорганизмов в ране</p>
<p>8. Наложение новой повязки.</p> <p>Пинцетом взять шпатель, вставить его во флакон с мазью</p>	<p>Обеспечивается выполнение процедуры</p>
<p>9. Пинцетом взять стерильную марлевую салфетку, положить ее на левую ладонь. Край салфетки придерживать пальцем.</p> <p>Шпателем нанести на салфетку мазь (по назначению врача). Пинцетом взять салфетку с мазью и наложить ее на рану</p>	<p>Обеспечивается эффективность лечения</p>

10 Фиксация повязки. Перевязочный материал зафиксировать бинтом, лейкопластырем. Примечание: вид повязки зависит от локализации и фазы раневого процесса	Предупреждение сползания повязки
11. Спросить у пациента о его самочувствии.	Обеспечивается предупреждение осложнений
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Использованный инструментарий погрузить в дезинфицирующий раствор	Обеспечивается инфекционная безопасность.
2. Снять средства индивидуальной защиты: фартук, перчатки провести дезинфекцию. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Сделать запись о проведении процедуры и реакции на нее пациента в соответствующей медицинской документации	Обеспечивается документирование процедуры Обеспечивается преимущество сестринского ухода

#### 2.1. 4. Перевязка послеоперационной асептической раны

##### Оснащение:

Стерильные инструменты (хирургические пинцеты - 2 шт., ножницы, почкообразный лоток, стерильные марлевые шарики, стерильные марлевые салфетки, бинты, медицинские перчатки, маска, очки/защитный экран, водонепроницаемый фартук, антисептические растворы по назначению врача, лейкопластырь, лоток для использованного материала, емкости с дезрастворами, медицинская документация, ручка.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Пояснить пациенту ход манипуляции и получить согласие на ее проведение	Устанавливается контакт с пациентом. Соблюдаются права пациента
2. Подготовить необходимое оборудование и материалы	Обеспечиваются условия для проведения манипуляции
3. Надеть средства индивидуальной защиты	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Провести обработку рук гигиеническим способом. Надеть медицинские перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность.
5. Области тела, которая подлежит перевязке придать удобное положение	Достигается эффективность проведения манипуляции

6. С помощью двух цапок (на стерильном столе перевязочной медицинской сестры) открыть стерильный стол	Обеспечивается инфекционная безопасность
7. Подготовить стерильный инструментарий	Обеспечиваются условия для проведения манипуляции Предупреждаются осложнения
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
<p>1. Снятие старой повязки.</p> <p>С помощью корнцанга взять стерильный пинцет. С помощью пинцета осторожно снять с раны лейкопластырь, придерживая сухим шариком кожу, не давая ей тянуться за повязкой. Если наложена бинтовая повязка, то ножницами Листера разрезать ее по ширине в стороне от раны.</p> <p>Повязка снимается в направлении вдоль раны, от одного конца раны к другому, сверху вниз.</p> <p>Примечание: тяга поперек раны увеличивает зияние и боль.</p> <p>Снятые салфетки поместить в лоток для отработанного материала вместе с пинцетом</p>	
<p>2. Произвести осмотр раны и прилежащих тканей.</p> <p>Провести пальпацию краев раны (плотные, болезненные, безболезненные и др.)</p> <p>Примечание: состояние раны оценивает врач</p>	Выявляются осложнения раны
3. С помощью корнцанга взять из лотка другой стерильный пинцет	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Стерильным пинцетом взять стерильный марлевый шарик, погрузить его в антисептик, излишки антисептика, отжать на внутренней стороне флакона	Обеспечивается выполнение манипуляции
5. Кожу с наложенными на рану швами обработать марлевым шариком, смоченным антисептиком.	Обеспечивается инфекционная безопасность
<p>6. Наложение новой повязки.</p> <p>Поверх послеоперационной раны наложить 2 слоя сухих стерильных салфеток</p>	Предупреждается инфицирование раны
<p>7. Фиксация повязки.</p> <p>Перевязочный материал зафиксировать бинтом, лейкопластырем.</p> <p>Примечание: вид повязки зависит от локализации раны</p>	Предупреждение сползания повязки
8. Спросить у пациента о его самочувствии.	Обеспечивается предупреждение осложнений
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Использованный инструментарий погрузить в дезинфицирующий раствор	Обеспечивается инфекционная безопасность.

2. Снять средства индивидуальной защиты: фартук, перчатки провести дезинфекцию. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Сделать запись о проведении процедуры и реакции на нее пациента в соответствующей медицинской документации	Обеспечивается документирование процедуры Обеспечивается преемственность сестринского ухода

### 2.1.5. Наложение повязки «рыцарская перчатка»

Показания: повреждение, заболевания пальцев кисти

#### Оснащение:

марлевый бинт шириной 3-5см, ножницы, перчатки, лоток.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить цель и последовательность предстоящей процедуры, получить согласие на ее проведение	Устанавливается контакт с пациентом. Соблюдаются права пациента на информацию.
2. Подготовить необходимое оборудование и материалы	Обеспечиваются условия для проведения манипуляции
3. Расположить пациента таким образом, чтобы быть лицом к пациенту. Примечание: постоянно следить за выражением лица пациента Повернуть кисть ладонью вниз.	Обеспечивается оптимальное положение для манипуляции
4. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть медицинские перчатки.	Обеспечивается инфекционная безопасность.
5. Бинт взять в правую руку головкой вверх	Соблюдаются правила наложения бинтовых повязок
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Начинать повязку на левой руке с пятого пальца, на правой руке с первого	Обеспечивается правильность выполнения повязки
2. Сделать два циркулярных тура выше лучезапястного сустава	Обеспечивается фиксация повязки
3. Выполнить последовательно: а) провести косой тур бинта по тыльной поверхности кисти к ногтевой фаланге соответствующего пальца; б) сделать 3-5 спиральных туров от ногтевой фаланги пальца к основанию пальца; в) вести шестой косой тур от основания пальца через тыл кисти на запястье;	Обеспечивается последовательность наложения туров повязки

г) сделать седьмой циркулярный тур вокруг запястья; д) вести восьмой крестовый тур от запястья через тыл кисти к ногтевой фаланге следующего пальца; е) чередовать ходы бинта, пока не будут забинтованы все пальцы.	
4. Закончить повязку двумя циркулярными турами выше лучезапястного сустава. Концы бинта разрезать посередине по длине на $\frac{1}{2}$ поверхности, которая бинтуется, концы бинта завести один за другой, один конец пустить в обратном направлении. Концы бинта завязать узлом. Остатки отрезать.	Обеспечивается фиксация повязки
<b>III. Окончание процедуры</b> 1. Спросить у пациента о его самочувствии.	Обеспечивается предупреждение осложнений
2. Снять перчатки, погрузить в дезраствор, провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность.
3. Сделать запись о проведении процедуры и реакции на нее пациента в соответствующей медицинской документации	Обеспечивается документирование процедуры Обеспечивается преемственность сестринского ухода

### 2.1.6. Наложение колосовидной повязки на плечевой сустав

Показания: повреждения и воспалительные заболевания в области плечевого сустава

#### Оснащение:

марлевый бинт широкий, булавка, лоток, медицинские перчатки

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b> 1. Объяснить цель и последовательность предстоящей процедуры, получить согласие на ее проведение	Устанавливается контакт с пациентом. Соблюдаются права пациента .
2. Подготовить необходимое оборудование и материалы	Обеспечиваются условия для проведения манипуляции
3. Расположить пациента таким образом, чтобы быть лицом к пациенту. Примечание: постоянно следить за выражением лица пациента	Обеспечивается оптимальное положение для манипуляции
4. Провести обработку рук гигиеническим способом. Надеть медицинские перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность.
5. Бинт взять в правую руку головкой вверх	Соблюдаются правила наложения бинтовых повязок

<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Сделать два циркулярных тура в верхней трети плеча	Фиксация повязки
2. Выполнить последовательно: а) туры бинта направить по спине через подмышечную впадину здоровой стороны, по передней поверхности грудной клетки; б) перейти на поврежденное плечо, обойти его, пройти сзади в подмышечную область, а из нее – на спину через переднебоковую поверхность плеча до перекреста с предыдущим туром; в) таким образом, последовательно накладывать туры бинта, чередуя циркулярные туры на грудной клетке и на плече, при этом каждый последующий тур накладывается выше предыдущего до полного закрытия области плечевого сустава, последние туры должны проходить через надплечье поврежденной стороны. Примечание: каждый последующий тур должен перекрывать предыдущий на 1/2 или 2/3	Обеспечивается последовательность наложения туров повязки
3. Закрепить конец бинта на передней поверхности грудной клетки булавкой.	Обеспечивается фиксация повязки
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Спросить у пациента о его самочувствии.	Обеспечивается предупреждение осложнений
2. Снять перчатки, погрузить в дезраствор, провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность.
3. Сделать запись о проведении процедуры и реакции на нее пациента в соответствующей медицинской документации	Обеспечивается документирование процедуры Обеспечивается преемственность сестринского ухода

### 2.1.7. Наложение повязки «варежка»

Показания: наложение повязки на кисть без необходимости бинтования каждого пальца в отдельности

#### Оснащение:

стерильный марлевый бинт, стерильные ножницы, пинцет, перчатки, марлевые салфетки, почкообразный лоток

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b> 1. Объяснить цель и последовательность предстоящей процедуры, получить согласие на ее проведение (кивком головы)	Устанавливается контакт с пациентом. Соблюдаются права пациента.

2. Подготовить необходимое оборудование и материалы	Обеспечиваются условия для проведения манипуляции
3. Расположить пациента таким образом, чтобы быть лицом к пациенту. Примечание: постоянно следите за выражением лица пациента	Обеспечивается наиболее удобное положение для манипуляции
4. Провести обработку рук гигиеническим способом. Надеть медицинские перчатки.	Обеспечивается инфекционная безопасность.
5. Бинт взять в правую руку головкой вверх	Соблюдаются правила наложения бинтовых повязок
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Пинцетом взять стерильные салфетки и положить их между пальцами	Профилактика осложнений
2. Выполнить два циркулярных тура в области запястья	Фиксация бинта
3. Выполнить последовательно: а) дойти до середины фиксирующих туров на тыльной поверхности запястья, зафиксировать бинт большим пальцем левой руки, вести бинт по тылу кисти, перекинуть через пальцы и вывести на ладонную поверхность кисти; б) придерживать бинт на середине ладонной поверхности в области фиксирующих туров, перекинуть его через пальцы левой руки и направить бинт в обратном направлении, пустив его слева или справа от предыдущего центрального тура; в) перехватить бинт пальцами на тыльной поверхности, пустить его в обратном направлении и так далее, пока не будет закрыта вся поверхность кисти; г) спиральной повязкой забинтовать кисть от пальцев до лучезапястного сустава. Примечание: большой палец бинтуется отдельно.	Обеспечивается последовательность выполнения туров повязки
4. Наложить два фиксирующих циркулярных тура в области лучезапястного сустава. Концы бинта разрезать посередине по длине на $\frac{1}{2}$ поверхности, которая бинтуется, концы бинта завести один за другой, один конец пустить в обратном направлении. Концы бинта завязать узлом. Остатки отрезать.	Обеспечивается фиксация повязки
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Спросить у пациента о его самочувствии.	Обеспечивается предупреждение осложнений
2. Снять перчатки, погрузить в дезраствор, провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность.

3. Сделать запись о проведении процедуры и реакции на нее пациента в соответствующей медицинской документации	Обеспечивается документирование процедуры Обеспечивается преимущество сестринского ухода
---	---

### 2.1.8. Наложение повязки «чепец»

Показания: травма волосистой части головы

**Оснащение:**

марлевый бинт, ножницы, перчатки, лоток

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить цель и последовательность предстоящей процедуры, получить согласие на ее проведение (кивком головы)	Устанавливается контакт с пациентом. Соблюдаются права пациента.
2. Подготовить необходимое оборудование и материалы	Обеспечиваются условия для проведения манипуляции
3. Расположить пациента таким образом, чтобы быть лицом к пациенту. Примечание: постоянно следите за выражением лица пациента	Обеспечивается оптимальное положение для манипуляции
4. Провести обработку рук гигиеническим способом. Надеть медицинские перчатки.	Обеспечивается инфекционная безопасность.
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Полоску бинта длиной 0,7-1м наложить на теменно-височную область спереди ушных раковин. Длина бинта должна быть такой, чтобы можно было его завязать под подбородком Примечание: если пациент не может удерживать концы завязки, то это делает ассистент бинтующего	Обеспечивается необходимое условие наложения повязки
2. Взять головку бинта в правую руку, конец бинта в левую	Соблюдаются правила наложения бинтовых повязок
3. Выполнить два циркулярных горизонтальных тура вокруг головы через лобные и затылочные бугры Примечание: удерживать концы завязки в натянутом состоянии	Фиксация бинта
4. Выполнить последовательно: а) дойдя до ближайшего конца завязки, обогнуть его спереди назад и продолжить бинтовать по задней поверхности несколько выше предыдущего тура (на 1/3 перекрывая предыдущий тур); б) дойдя бинтом до другого конца завязки, обогнуть ее спереди назад и продолжить бинтовать по передней поверхности несколько выше предыдущего тура	Обеспечивается последовательность выполнения туров повязки

(перекрывая его на 1/3) и так далее; в) эти приемы повторять до полного закрытия волосистой части головы.	
5. Концы бинта зафиксировать к одной из завязок, а завязки фиксировать под подбородком.	Обеспечивается фиксация повязки
<b>III. Окончание процедуры</b> 1. Спросить у пациента о его самочувствии.	Обеспечивается предупреждение осложнений
2. Снять перчатки, погрузить в дезраствор, провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность.
3. Сделать запись о проведении процедуры и реакции на нее пациента в соответствующей медицинской документации	Обеспечивается документирование процедуры Обеспечивается преемственность сестринского ухода

### 2.1.9. Наложение монокулярной повязки

Показания: заболевания и повреждения глаза

**Оснащение:**

стерильные салфетки, ножницы, марлевый бинт, почкообразный лоток, перчатки.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b> 1. Объяснить цель и последовательность предстоящей процедуры, получить согласие на ее проведение (кивком головы)	Устанавливается контакт с пациентом. Соблюдаются права пациента.
2. Подготовить необходимое оборудование и материалы	Обеспечиваются условия для проведения манипуляции
3. Расположить пациента таким образом, чтобы быть лицом к пациенту. Примечание: постоянно следить за выражением лица пациента	Обеспечивается оптимальное положение для манипуляции
4. Провести обработку рук гигиеническим способом. Надеть медицинские перчатки.	Обеспечивается инфекционная безопасность.
<b>II. Выполнение процедуры</b> 1. Наложить стерильную салфетку на правый глаз (пациента попросить придерживать ее)	Обеспечивается проведение манипуляции
2. Взять бинт в правую руку, головкой вверх, конец бинта – в левую руку	Соблюдаются правила наложения бинтовых повязок
3. Выполнить два циркулярных горизонтальных тура вокруг головы через лобные и затылочные бугры.	Фиксация бинта
4. Для правого глаза. Выполнить последовательно:	Обеспечивается последовательность

а) в затылочной области опустить бинт под ухо и провести косо вверх по боковой поверхности щеки и закрыть больной глаз; б) закрепить циркулярным туром восходящий тур; в) повторить такие туры, чередуя, до завершения повязки. Примечание: уши остаются открытыми.	выполнения туров повязки
5. Для левого глаза. Выполнить последовательно: а) бинт, спускаясь, прикрывает глаз, идет под ухо и переходит по задней поверхности на первый фиксирующий тур; б) закрепить циркулярным туром нисходящий тур; в) повторить такие туры, чередуя, до завершения повязки. Примечание: уши остаются открытыми.	Обеспечивается последовательность выполнения туров повязки
6. Закончить повязку двумя фиксирующими циркулярными турами. Концы бинта разрезать посередине по длине на $\frac{1}{2}$ поверхности, которая бинтуется, концы бинта завести один за другой, один конец пустить в обратном направлении. Концы бинта завязать узлом. Остатки отрезать.	Обеспечивается фиксация повязки
<b>III. Окончание процедуры</b> 1. Спросить у пациента о его самочувствии.	Обеспечивается предупреждение осложнений
2. Снять перчатки, погрузить в дезраствор, провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность.
3. Сделать запись о проведении процедуры и реакции на нее пациента в соответствующей медицинской документации	Обеспечивается документирование процедуры Обеспечивается преимущество сестринского ухода

### 2.1.10. Наложение бинокулярной повязки

Показания: заболевания и повреждения глаз

#### Оснащение:

стерильные салфетки, ножницы, марлевый бинт, почкообразный лоток, перчатки.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b> 1. Объяснить цель и последовательность предстоящей процедуры, получить согласие на ее проведение (кивком головы)	Устанавливается контакт с пациентом. Соблюдаются права пациента.
2. Подготовить необходимое оборудование и материалы	Обеспечиваются условия для проведения манипуляции

3. Расположить пациента таким образом, чтобы быть лицом к пациенту. Примечание: постоянно следить за выражением лица пациента	Обеспечивается оптимальное положение для манипуляции
4. Провести обработку рук гигиеническим способом. Надеть медицинские перчатки.	Обеспечивается инфекционная безопасность.
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Наложить стерильные салфетки на область глаз (пациента попросить придерживать их)	Обеспечивается проведение манипуляции
2. Выполнить два циркулярных горизонтальных тура вокруг головы через лобные, затылочные бугры.	Фиксация бинта
3. Выполнить последовательно: а) в затылочной области головы бинт опустить вниз, провести под правым ухом вверх и закрыть правый глаз; б) бинт провести в горизонтально вокруг головы и далее, в области лба, под левое ухо, закрывая левый глаз; в) в таком порядке повторять ходы до завершения повязки. Примечание: уши остаются открытыми.	Обеспечивается последовательность выполнения туров повязки
4. Закончить повязку двумя фиксирующими циркулярными турами. Концы бинта разрезать посередине по длине на $\frac{1}{2}$ поверхности, которая бинтуется, концы бинта завести один за другой, один конец пустить в обратном направлении. Концы бинта завязать узлом. Остатки отрезать.	Обеспечивается фиксация повязки
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Спросить у пациента о его самочувствии.	Обеспечивается предупреждение осложнений
2. Снять перчатки, погрузить в дезраствор, провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность.
3. Сделать запись о проведении процедуры и реакции на нее пациента в соответствующей медицинской документации	Обеспечивается документирование процедуры Обеспечивается преемственность сестринского ухода

### 2.1.11. Наложение крестообразной повязки на затылок

Показания: повреждения задней поверхности шеи, воспалительные заболевания, послеоперационные раны

#### Оснащение:

марлевый бинт, ножницы, перчатки, лоток.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b> 1. Объяснить цель и последовательность предстоящей процедуры, получить согласие на ее проведение (кивком головы)	Проводится психологическая подготовка пациента к процедуре. Соблюдаются права пациента.
2. Подготовить необходимое оборудование и материалы	Обеспечиваются условия для проведения манипуляции
3. Расположить пациента таким образом, чтобы быть лицом к пациенту.	Обеспечивается наиболее удобное положение для манипуляции
4. Провести обработку рук гигиеническим способом. Надеть медицинские перчатки.	Обеспечивается инфекционная безопасность.
<b>II. Выполнение процедуры</b> 1. Выполнить два циркулярных горизонтальных тура вокруг головы через лобные, затылочные бугры.	Фиксация бинта
2. Выполнить последовательно: а) провести бинт над левым ухом вниз на шею, обойти ее справа и спереди и по задней поверхности перейти на затылок; б) потом бинт вести над левым ухом в косом направлении вниз на область затылка и вновь вверх на голову; в) такими крестообразными турами бинта покрыть всю затылочную область	Обеспечивается последовательность выполнения туров повязки
3. Закончить повязку двумя фиксирующими циркулярными турами.	Обеспечивается фиксация повязки
<b>III. Окончание процедуры</b> 1. Спросить у пациента о его самочувствии.	Обеспечивается предупреждение осложнений
2. Снять перчатки, погрузить в дезраствор, провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность.
3. Сделать запись о проведении процедуры и реакции на нее пациента в соответствующей медицинской документации	Обеспечивается документирование процедуры Обеспечивается преемственность сестринского ухода

### 2.1.12. Наложение повязки на молочную железу

Показания: заболевания и повреждения молочной железы

#### Оснащение:

Марлевый бинт, ножницы, медицинские перчатки, лоток.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b> 1. Объяснить цель и последовательность предстоящей процедуры, получить согласие на ее проведение (кивком головы)	Проводится психологическая подготовка пациента к процедуре. Соблюдаются права пациента.
2. Подготовить необходимое оборудование и материалы	Обеспечиваются условия для проведения манипуляции
3. Расположить пациентку таким образом, чтобы быть лицом к пациенту.	Обеспечивается наиболее удобное положение для манипуляции
4. Провести обработку рук гигиеническим способом. Надеть медицинские перчатки.	Обеспечивается инфекционная безопасность.
<b>II. Выполнение процедуры</b> 1. Выполнить два циркулярных тура ниже молочных желез	Фиксация бинта
2. При бинтовании правой молочной железы бинт вести против часовой стрелки, левой – по часовой стрелке.	Обеспечивается правильность выполнения повязки
3. Повязка на правую молочную железу Выполнить последовательно: а) после циркулярных туров дойти до правого края молочной железы, охватить ее нижнюю и внутреннюю поверхность, провести бинт на левое надплечье; б) далее бинт провести косо вниз по спине до правой подмышечной ямки и сделать циркулярный фиксирующий тур; в) повторять туры в такой последовательности до полного закрытия молочной железы. Примечание: чтобы повязка не сместилась и не ослабела, туры бинта следует накладывать ближе к шее, а в подмышечной области как можно выше.	Обеспечивается последовательность выполнения туров повязки
4. Закончить повязку двумя фиксирующими циркулярными турами под молочными железами.	Обеспечивается фиксация повязки
<b>III. Окончание процедуры</b> 1. Спросить у пациентки о её самочувствии.	Обеспечивается предупреждение осложнений
2. Снять перчатки, погрузить в дезраствор, провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность.
3. Сделать запись о проведении процедуры и реакции на нее пациента в соответствующей медицинской документации	Обеспечивается документирование процедуры Обеспечивается преемственность сестринского ухода

### 2.1.13. Наложение сходящейся черепашьей повязки

Показания: заболевания и повреждения коленного (локтевого сустава)

#### Оснащение:

Марлевый бинт, ножницы, лоток.

Этапы	Обоснование
<p><b>I. Подготовка к процедуре</b></p> <p>1. Объяснить цель и последовательность предстоящей процедуры, получить согласие на ее проведение (кивком головы)</p>	<p>Проводится психологическая подготовка пациента к процедуре. Соблюдаются права пациента.</p>
<p>2. Подготовить необходимое оборудование и материалы</p>	<p>Обеспечиваются условия для проведения манипуляции</p>
<p>3. Расположить пациента таким образом, чтобы быть лицом к пациенту. Согнуть коленный (локтевой) сустав под тупым углом</p>	<p>Обеспечивается наиболее удобное положение для манипуляции</p>
<p>4. Провести обработку рук гигиеническим способом. Надеть медицинские перчатки.</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность.</p>
<p><b>II. Выполнение процедуры</b></p> <p>1. Выполнить два циркулярных тура в верхней трети голени (предплечья)</p>	<p>Фиксация бинта</p>
<p>2. Выполнить последовательно:</p> <p>а) бинт вести из верхней трети голени (предплечья) через подколенную (локтевую) ямку на нижнюю треть бедра (плеча), обходя его вокруг, направить вниз в сторону голени (предплечья) через подколенную (локтевую) область;</p> <p>б) следующими витками, которые будут перекрещиваться в подколенной (локтевой) ямке и постепенно сближаться с обеих сторон к середине сустава, прикрыть коленный (локтевой) сустав с внешней стороны</p>	<p>Обеспечивается последовательность выполнения туров повязки</p>
<p>3. Последний тур провести через центр коленного (локтевого) сустава, откуда бинт повести на нижнюю треть бедра (плеча), где сделать циркулярные фиксирующие туры. Конец бинта раздвоить на расстоянии 25-30см, концы обвести около нижней трети бедра (плеча) с обоих боков завязать, края отрезать.</p>	<p>Обеспечивается фиксация повязки</p>
<p><b>III. Окончание процедуры</b></p> <p>1. Спросить у пациента о его самочувствии.</p>	<p>Обеспечивается предупреждение осложнений</p>
<p>2. Снять перчатки, погрузить в дезраствор, провести гигиеническую обработку рук.</p>	<p>Обеспечивается инфекционная безопасность.</p>
<p>3. Сделать запись о проведении процедуры и реакции на нее пациента в соответствующей медицинской</p>	<p>Обеспечивается документирование процедуры</p>

документации	Обеспечивается преимущество сестринского ухода
--------------	--

### 2.1.14. Наложение расходящейся черепашьей повязки

Показания: заболевания и повреждения коленного (локтевого сустава)

#### Оснащение:

Марлевый бинт, ножницы, лоток.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить цель и последовательность предстоящей процедуры, получить согласие на ее проведение (кивком головы)	Проводится психологическая подготовка пациента к процедуре. Соблюдаются права пациента.
2. Подготовить необходимое оборудование и материалы	Обеспечиваются условия для проведения манипуляции
3. Расположить пациента таким образом, чтобы быть лицом к пациенту. Согнуть коленный (локтевой) сустав под тупым углом	Обеспечивается наиболее удобное положение для манипуляции
4. Провести обработку рук гигиеническим способом. Надеть медицинские перчатки.	Обеспечивается инфекционная безопасность.
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Начало бинта закрепить двумя циркулярными турами вокруг средин коленного (локтевого) сустава.	Фиксация бинта
2. Выполнить последовательно: а) из подколенной (локтевой) области бинт повести в сторону голени (предплечья), обойти ее вокруг, прикрывая фиксирующий тур на 2/3 его ширины, а потом через подколенную (локтевую) ямку направить в сторону бедра (плеча), обойти его вокруг, прикрывая фиксирующий тур на 2/3 его ширины и снова направить бинт в обратную сторону через подколенную (локтевую) область; б) следующими витками, которые будут перекрещиваться в подколенной (локтевой) ямке и постепенно отдаляться от центра сустава, постепенно покрыть весь коленный (локтевой) сустав).	Обеспечивается последовательность выполнения туров повязки
3. Закончить повязку циркулярными турами около верхней трети бедра (плеча), где повязку зафиксировать.	Обеспечивается фиксация повязки
<b>III. Окончание процедуры</b>	
1. Спросить у пациента о его самочувствии.	Обеспечивается предупреждение осложнений

2. Снять перчатки, погрузить в дезраствор, провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность.
3. Сделать запись о проведении процедуры и реакции на нее пациента в соответствующей медицинской документации	Обеспечивается документирование процедуры Обеспечивается преемственность сестринского ухода

### **3. Симптомы и ситуации, при возникновении которых необходимо немедленно сообщить врачу**

3.1. Резкое ухудшение состояния пациента.

3.2. Наличие жалоб у пациента или местные изменения кожных (слизистых) покровов в области раны (шва).

3.3. Признаки воспаления раны (шва) при оценке ее состояния.

3.4. Отказ пациента от выполнения процедуры.

### **4. Ресурсное обеспечение выполнения протокола:**

#### **Оснащение:**

4.1. Стерильные инструменты (хирургические пинцеты - 2 шт., зонд пуговчатый – 1 шт., ножницы, почкообразный лоток, стерильные марлевые шарики, стерильные марлевые салфетки, бинты, резиновые перчатки, резиновые дренажи, маска, очки/защитный экран, водонепроницаемый фартук, антисептические растворы, 10% раствор натрия хлорида (гипертонический раствор), лейкопластырь, лоток для использованного материала, емкости с дезрастворами, медицинская документация, ручка

4.2. Стерильные инструменты (хирургические пинцеты - 2 шт., ножницы, , почкообразный лоток, стерильные марлевые шарики, стерильные марлевые салфетки, бинты, резиновые перчатки, маска, очки/защитный экран, водонепроницаемый фартук, антисептические растворы, 10% раствор натрия хлорида (гипертонический раствор), лейкопластырь, лоток для использованного материала, емкости с дезрастворами, медицинская документация, ручка

4.3. Стерильные инструменты (хирургические пинцеты - 2 шт., ножницы, почкообразный лоток, стерильные марлевые шарики, стерильные марлевые салфетки, бинты, резиновые перчатки, маска, очки/защитный экран, водонепроницаемый фартук, антисептические растворы ,флакон с мазью (по назначению врача), лейкопластырь, лоток для использованного материала, емкости с дезрастворами, медицинская документация, ручка.

4.4. Стерильные инструменты (хирургические пинцеты - 2 шт., ножницы, почкообразный лоток, стерильные марлевые шарики, стерильные марлевые

салфетки, бинты, резиновые перчатки, маска, очки/защитный экран, водонепроницаемый фартук, антисептические растворы, лейкопластырь, лоток для использованного материала, емкости с дезрастворами, медицинская документация, ручка.

4.5. Марлевый бинт, ножницы, перчатки, лоток

4.6. Марлевый бинт, булавка, лоток

4.7. Марлевый бинт, ножницы, стерильные салфетки, стерильный почкообразный лоток

4.8. Марлевый бинт, ножницы, кусок узкого бинта 0,7-1 м, перчатки, лоток.

4.9. Марлевый бинт, ножницы, стерильные салфетки, стерильный почкообразный лоток, перчатки.

4.10. Марлевый бинт, ножницы, стерильные салфетки, стерильный почкообразный лоток, перчатки, лоток.

4.11. Марлевый бинт, ножницы, перчатки, лоток.

4.12. Марлевый бинт, ножницы, лоток.

4.13. Марлевый бинт, ножницы, лоток.

4.14. Марлевый бинт, ножницы, лоток.

## **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 422 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 Лечебное дело».
2. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 595 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.02 Акушерское дело».
3. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 593 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело».
4. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 23.09.2015 № 561 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 19.01.02 Лаборант-аналитик».
5. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 423 «Об утверждении Государственного образовательного

- стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.03 Лабораторная диагностика».
6. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 24.08.2015 № 421 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 32.02.01 Медико-профилактическое дело».
  7. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 04.06.2015 № 01.1/57 «Об утверждении номенклатуры должностей и специальностей медицинских и фармацевтических работников».
  8. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.06.2015 № 282 «Об утверждении перечня профессий рабочих, должностей служащих, по которым осуществляется профессиональное обучение».
  9. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08.12.2015 № 012.1\628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики».
  10. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 20.08.2015 № 012.1\286 «Об утверждении порядка дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него».
  11. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.08.15 № 012.1/285 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в отдельных учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
  12. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 21.12.15 № 012.1/670 «Об утверждении основных документов по вопросам контроля качества оказания медицинской помощи».
  13. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.11.15 № 012.1/599 «Об утверждении форм первичной учетной документации, которые используются в лабораториях и других учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
  14. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 12.03.15 № 312 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».

15. Приказ МЗ Украины от 21.09.2010 г. №798 «Об утверждении методических рекомендаций» «Хирургическая и гигиеническая обработка рук медицинского персонала».
16. Губенко И.Я., Шевченко А.Т., Бразалий Л.П., Апшай В.Г. Медсестринский уход за пациентом: Стандарты медсестринских процедур, манипуляций и планов ухода и обучения: уч.пособие. – К.: Медицина, 2008.
17. Касевич Н.Н. Основы медсестринства в модулях: уч.пособие. – К.: Медицина, 2009.
18. Касевич Н.М. Общий уход за больными и медицинская манипуляционная техника: учебник. – К.: Медицина, 2008. – 424 с.
19. Ковальчук Л.М. Учебное пособие по хирургии в модулях - К.: «Медицина», 2009.
20. Основы сестринского дела: Алгоритмы манипуляций: учебное пособие Н.В. Широкова и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

И.о. министра



А.А. Оприщенко

ОДОБРЕНО  
Экспертным советом по  
стандартизации медицинской  
помощи в системе Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
08.09.2016 протокол № 3

УТВЕРЖДЕН  
Приказом Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
28.12.2016 № 1555

## **ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ (ФЕЛЬДШЕРА, АКУШЕРКИ) ПО ВЫПОЛНЕНИЮ МАНИПУЛЯЦИЙ В ПЕДИАТРИИ**

### **1. Паспортная часть**

**1.1. Проблема, связанная со здоровьем:** необходимость выполнения манипуляций в педиатрии.

**1.2. Код по МКБ-10:** Не определяется.

**1.3. Цель протокола:** Информационное обеспечение выполнения манипуляций детям медицинской сестрой (фельдшером, акушеркой).

**1.4. Дата составления протокола:** март 2016

**1.5. Дата пересмотра протокола:** март 2019

**1.6. Список и контактная информация лиц, которые участвовали в разработке протокола:**

Составители	Учреждения-разработчики
Шумеева Александра Аркадьевна (председатель рабочей группы), специалист I категории отдела оказания медицинской помощи взрослому населению	Отдел оказания медицинской помощи взрослому населению МЗ ДНР
Ежикова Татьяна Витальевна (заместитель председателя рабочей группы), заместитель главного врача по медсестринству	КУ «ГБ № 2 г. Горловка»
Белецкая Елена Викторовна, заведующий отделением специальности «Сестринское дело»	Горловский медицинский колледж Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
Андрюхова Людмила Владимировна, преподаватель высшей квалификационной категории, преподаватель-методист	
Левитан Ирина Анатольевна, заведующий учебно-	

производственной практикой, преподаватель высшей квалификационной категории	
Черепанова Лариса Владимировна, главная медсестра	ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 6 г. Макеевки
Доля Лиля Олеговна, заместитель главного врача по медсестринству	Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака МЗ ДНР
Патрикеева Вера Владиславовна, главная медсестра	Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение МЗ ДНР

**1.7. Актуальность проблемы:** необходимость унификации оценки выполнения манипуляций у детей.

## 2. Общая часть.

2.1. Для всех учреждений здравоохранения.

2.1.1. Определение частоты дыхания у детей.

2.1.2. Измерение пульса у детей.

2.1.3. Постановка очистительной клизмы детям раннего возраста.

2.1.4. Постановка газоотводной трубки у детей.

2.1.5. Кормление недоношенных детей (через зонд).

2.1.6. Проведение подмывания детей.

2.1.7. Использование пузыря со льдом у детей.

2.1.8. Применение резиновой грелки у детей.

### 2.1.1. Определение частоты дыхания у детей

#### Оснащение:

Часы с секундной стрелкой, ручка, температурный лист.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Ознакомить ребенка (родителей) с ходом исследования	Соблюдение прав пациента
2. Установить доброжелательное отношение с ребенком (родителями), обеспечить спокойную обстановку	Привлечение пациента к сотрудничеству.
3. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Удобно уложить или усадить ребенка, чтобы видеть его грудь и живот (если это ребенок 1-го года жизни, желательно, чтобы он спал)	Обеспечиваются условия проведения исследования
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Осуществить визуальное наблюдение за движениями грудной клетки и передней брюшной стенки	Обеспечивается проведение процедуры
2. Подсчитать количество дыхательных движений за 1 минуту	Обеспечивается проведение процедуры
3. Если визуальный подсчет дыхательных движений невозможен, то положить руку на нижнюю часть грудной	Учитываются анатомические особенности развития

клетки или живот ребенка и подсчитать частоту дыхательных движений за 1 минуту. В случае учащения или замедления дыхания, частоту дыхательных движений следует пересчитать Примечание: у маленьких детей для подсчета количества дыхательных движений можно использовать стетоскоп, который подносят к носу ребенка, не дотрагиваясь до него	дыхательной системы у детей
<b>III. Окончание процедуры</b> 1. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Записать результаты исследования в температурный лист	Обеспечивается документирование результатов исследования

### 2.1.2. Измерение пульса у детей

#### Оснащение:

Часы с секундной стрелкой, ручка, температурный лист.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b> 1. Ознакомить ребенка (родителей) с ходом исследования.	Соблюдение прав пациента.
2. Установить доброжелательное отношение с ребенком (родителями), обеспечить спокойную обстановку	Привлечение пациента к сотрудничеству.
3. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Удобно уложить или усадить ребенка, при этом его кисть и предплечье должны располагаться на поверхности кровати, стола	Обеспечивается проведение процедуры
<b>II. Выполнение процедуры</b> 1. Слегка прижать II, III и IV пальцами лучевую артерию на обеих руках пациента (I палец располагают со стороны тыла кисти) и ощутить ее пульсацию. Примечание: у детей в возрасте до одного года пульс чаще определяют на височной или бедренной артериях, у детей в возрасте старше 1 год - на лучевой артерии. У детей первых лет жизни исследования проводят только двумя (II и III) пальцами.	Определение симметричности пульса  Учет анатомических особенностей расположения сосудов у детей
2. Взять часы и посчитать пульс за 1 минуту.	Обеспечивается проведение процедуры
<b>III. Окончание процедуры</b> 1. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Записать результаты исследования в температурный лист	Обеспечивается документирование результатов исследования

### 2.1.3. Постановка очистительной клизмы детям раннего возраста.

#### Оснащение:

Пеленальный стол с матрасом, клеенка, пеленка, стерильный резиновый баллончик (№1-6) с мягким наконечником, емкость с кипяченой водой комнатной температуры (для детей грудного возраста 28-30°C, для детей старшего возраста 22-24°C), стерильное вазелиновое масло, медицинские перчатки, фартук, шпатель, лоток, горшок, медицинская документация, ручка, емкость с дезраствором.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b> 1. Объяснить маме цель и ход процедуры, получить согласие на ее проведение	Обеспечивается право на информацию, участие в процедуре
2. Надеть фартук. Провести гигиеническую обработку рук, медицинские перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Набрать в баллончик необходимое количество воды, выпустить лишний воздух	Обеспечивается условие проведения процедуры
4. Смазать наконечник вазелином при помощи шпателя или полить вазелиновым маслом.	Облегчается введение наконечника в прямую кишку. Предупреждается возникновения неприятных ощущений ребенка
5. Постелить на пеленальный стол клеенку, пеленку. Положить еще одну пеленку, которой вытирают ребенка после подмывания.	Обеспечивается инфекционная безопасность. Предотвращается переохлаждение
<b>II. Выполнение процедуры</b> 1. Уложить ребенка возрастом до 6 месяцев на спину и приподнять ноги вверх, после 6 месяцев - на левый бок, ноги согнуть в коленных суставах и прижать к животу	Учет анатомической особенности расположения прямой и сигмовидной кишки
2. Не разжимая баллончик, вести наконечник осторожно, без усилий, в анальное отверстие и продвинуть в прямую кишку, направляя его сначала к пупку, а затем преодолев сопротивление сфинктера параллельно копчику. Примечание: глубина введения наконечника детям разного возраста: а) до 1 года 1-3 см; б) до 3 лет 3-4 см; в) до 5 лет 4-5 см.	Условия проведения процедуры
3. Медленно, нажимая на баллончик снизу, ввести воду и, не разжимая баллончик, извлечь наконечник из прямой кишки. Примечание: необходимое количество воды: а) новорожденному 25-30 мл; б) детям первого полугодия до 50 мл; в) детям второго полугодия до 100 мл; г) детям старше 1-го года количество воды берется из расчета 100 мл на 1 год жизни.	Предупреждается развитие неприятных ощущений у ребенка. Предотвращается всасывание воды обратно в баллончик
4.левой рукой сжать ягодичы ребенка на 3-5 минут. Уложить ребенка на спину, прикрыв промежность пеленкой, ребенка старшего возраста высадить на	Обеспечивается разжижение каловых масс и начало перистальтики.

горшок.	
<b>III. Завершение процедуры.</b>	
1. Убрать пеленку с каловыми массами.	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Подмыть ребенка после акта дефекации, подсушить пеленкой промокательными движениями.	Обеспечивается комфортное состояние после процедуры
3. Использованные пеленки поместить в мешок для грязного белья.	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Запеленать (одеть) малыша.	Предотвращается переохлаждение
5. Снять фартук, перчатки, поместить их в емкость с дезраствором. Обработать руки гигиеническим способом	Обеспечивается инфекционная безопасность
6. Сделать запись о проведении процедуры и реакцию на нее пациента в соответствующей медицинской документации	Обеспечивается документирование процедуры Обеспечивается преемственность сестринского ухода

#### 2.1.4. Постановка газоотводной трубки у детей.

##### Оснащение:

Газоотводная трубка (длиной 15-20см для детей раннего и дошкольного возраста, 30-50см для школьников), вазелиновое масло, медицинские перчатки, фартук, клеенка, пеленки, полотенце, салфетки, медицинская документация, ручка, емкость с дезраствором.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b>	
1. Объяснить маме цель и ход процедуры, получить согласие на ее проведение	Обеспечивается право на информацию, участие в процедуре
2. Надеть фартук. Провести гигиеническую обработку рук, надеть медицинские перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечивается условие проведения процедуры
4. Сделать на газоотводной трубке пометку, соответствующую глубине введения в прямую кишку: 5 - 6 см для детей грудного возраста; 8 - 10 см для детей в возрасте 1-3 года; 10-15 см для детей 3-7 лет; 20 - 30 см для детей школьного возраста.	Учет анатомической особенности расположения прямой и сигмовидной кишки
5. Постелить на пеленальный стол клеенку, пеленку. Положить еще одну пеленку, которой вытирают ребенка после подмывания	Обеспечивается инфекционная безопасность. Предотвращается переохлаждение
6. Конец газоотводной трубки, который входит в кишечник, полить вазелиновым маслом	Облегчается введение наконечника в прямую кишку. Предупреждается возникновение неприятных ощущений у ребенка
<b>II. Выполнение процедуры</b>	
1. Уложить ребенка на левый бок с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами, неплотно прижатыми к животу. Ребенка в возрасте до 6 месяцев	Обеспечивается свободное прохождение газоотводной трубки.

можно положить на спину с разведенными и приподнятыми вверх ногами.	Учитываются анатомические особенности
2. Развести ягодицы ребенка I и II пальцем левой руки, удерживать ребенка в таком положении	Обеспечивается свободное прохождение газоотводной трубки
3. Конец газоотводной трубки, смазанный вазелиновым маслом, осторожно, без усилий ввести правой рукой вращательно-поступательными движениями в анальное отверстие ребенка до отметки, направляя его сначала к пупку, а потом параллельно копчику	Обеспечивается профилактика травмы слизистой оболочки прямой кишки
4. Опустив конец газоотводной трубки в лоток с водой, проверить, отходят ли газы (при отхождении газов в воде появляются пузырьки). Если газы не отходят, следует изменить положение трубки, перемещая ее назад или вперед. Примечание: возможно отделение наряду с газами жидких каловых масс	Контроль правильной постановки газоотводной трубки
5. При свободном отхождении газов положить наружный конец газоотводной трубки в неплотно сложенную пеленку.	Предотвращение обратного попадания воздуха в кишечник
6. Сделать массаж живота по часовой стрелке.	Обеспечивается усиление моторной функции кишечника
7. Прикрыть ребенка	Предотвращение переохлаждения
8. Отметить время, т.к. газоотводную трубку устанавливают на 20 - 30 минут.	Обеспечивается профилактика возникновения пролежней слизистой оболочки кишечника
<b>III. Завершение процедуры</b>	
1. Вынуть газоотводную трубку из прямой кишки, протянув ее через салфетку. Положить зонд в лоток для отработанного материала.	Предотвращение инфицирования мочевыводящих путей
2. Подмыть ребенка после акта дефекации, подсушить пеленкой промокательными движениями.	Обеспечивается комфортное состояние после процедуры
3. Весь инструментарий, фартуки, клеенку на столике продезинфицировать	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Снять перчатки, провести дезинфекцию. Провести гигиеническую обработку рук.	Обеспечивается инфекционная безопасность
5. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в листке врачебных назначений.	Обеспечивается документирование процедуры. Обеспечивается преемственность сестринского ухода

### 2.1.5. Кормление недоношенных детей через зонд

#### Оснащение:

Стерильный одноразовый зонд для кормления педиатрический, стерильный одноразовый шприц емкостью 20мл, флакон с молоком, стерильные салфетки, емкость с теплой водой для подогрева молока, водный термометр, медицинская документация, ручка, емкость с дезраствором.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b> 1. Объяснить маме цель и ход процедуры, получить согласие на ее проведение	Обеспечивается право на информацию
2. Надеть фартук. Провести гигиеническую обработку рук, надеть медицинские перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Поставить флакон с молоком в воду, подогретую до 40-45°C (контроль производить с помощью водного термометра).	Обеспечивается оптимальная температура молока
4. Уложить ребенка на пеленальный стол с приподнятым головным концом, умеренно согнуть шею, зафиксировать положение с помощью валика (из фланелевой пеленки)	Предупреждение аспирации
<b>II. Выполнение процедуры</b> 1. Измерить глубину введения зонда: а) назогастрального: от кончика носа до мочки уха и до конца мечевидного отростка; б) орогастрального: от угла рта до мочки уха и мечевидного отростка	Обеспечивается введение зонда на необходимую глубину
2. Смочить зонд в стерильной воде для инъекций или изотоническом растворе натрия хлорида	Облегчается введение зонда
3. Вставить зонд через нос по нижнему носовому ходу или рот по средней линии языка до отметки(следить, нет ли одышки, цианоза)	Исключается попадание зонда в дыхательные пути
4. Зафиксировать зонд с помощью лейкопластыря	Исключается смещение зонда.
5. Взять стерильный шприц и вытянуть из него поршень. Присоединить шприц к зонду и налить в него рассчитанное количество сцеженного грудного молока.	Обеспечивается необходимая разовая дозировка молока
6. Шприц с молоком держать на расстоянии 5 – 10 см над ребенком. Кормить не менее 10 – 15 минут. Не вводить молоко под давлением!!!	Медленное поступление молока предотвращает резкое усиление перистальтики желудка
7. Зажать зонд большим и указательным пальцами правой руки на расстоянии 2-3 см от ротовой полости и быстрым движением извлечь его	Профилактика аспирации
<b>III. Завершение процедуры.</b> 1. Положить ребенка на правый бок с приподнятым головным концом.	Уменьшается вероятность аспирации. Облегчается опорожнение желудка
2. Провести дезинфекцию использованного оснащения.	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Снять перчатки, поместить их в дезраствор. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в листке врачебных назначений.	Обеспечивается документирование процедуры. Обеспечивается преемственность сестринского ухода

### 2.1.6. Проведение подмывания детей

#### Оснащение:

Проточная вода температурой 37-38°C, марлевые салфетки, полотенце или мягкая пеленка, набор чистой одежды, медицинские перчатки, медицинская

документация, ручка, емкость с дезраствором, ветошь (для обработки стола), мешок для грязного белья.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b> 1. Объяснить маме цель и ход процедуры, получить согласие на ее проведение. Примечание: ребенка подмывают после каждого акта дефекации и через 2-3 акта мочеиспускания	Обеспечивается право на информацию, участие в процедуре
2. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечиваются условия проведения процедуры
3. Отрегулировав температуру воды в кране, ее следует проверить, подставить под струю тыльную поверхность запястья.	Исключается возможность ожога кожи или переохлаждения
4. Надеть фартук. Провести гигиеническую обработку рук, надеть медицинские перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность
5. Снять с ребенка грязную одежду и сложить в мешок для грязного белья	Обеспечивается инфекционная безопасность
<b>II. Выполнение процедуры</b> 1. Положить ребенка на левое предплечье и кисть руки так, чтобы его тело не дотрагивалось до раковины.	Обеспечивается комфорт ребенка
2. Подмыть проточной водой, используя марлевые салфетки; девочек подмывают под водой только спереди назад	Предотвращается попадания кишечной флоры
<b>III. Завершение процедуры.</b> 1. Положив ребенка на пеленальный столик, полотенцем или мягкой пеленкой промокательными движениями обсушить кожу	Уменьшается вероятность аспирации. Облегчается опорожнение желудка
2. Снять перчатки, поместить их в дезраствор. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в листке врачебных назначений.	Обеспечивается документирование процедуры. Обеспечивается преемственность сестринского ухода

### 2.1.7. Использование пузыря со льдом у детей.

#### Оснащение:

Пузырь для льда, холодная вода, кусочки льда, полотенце, пеленка, термометр, емкость с дезраствором, ручка, медицинская документация.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b> 1. Объяснить маме цель и ход процедуры, получить согласие на ее проведение	Обеспечивается право на информацию. Привлечение к сотрудничеству
2. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Положить в пузырь подготовленные в морозильной камере кусочки льда и залить их холодной водой	Обеспечивается поддержание температуры воды в пределах 10-12°C. Исключается переохлаждение (обморожение) кожи

4. Положить пузырь на горизонтальную поверхность и закрыть крышкой. Проверить на герметичность	Обеспечение герметичности. Пузырь приобретает плоскую форму
<b>II. Выполнение процедуры</b> 1. Обернуть пузырь пленкой и положить на нужную часть тела на 20 минут. Примечание: пузырь можно оставлять (если нужно) на длительное время, но каждые 20 минут следует делать перерыв на 10-15 минут	Исключается переохлаждение
2. По мере таяния льда воду нужно сливать, а кусочки льда добавлять. Примечание: нельзя замораживать воду, которая налита в пузырь в морозильной камере, поскольку поверхность образованного конгломерата льда велика	Достигается максимальный эффект процедуры. Исключается переохлаждение и обморожение участков тела
<b>III. Завершение процедуры.</b> 1. После окончания процедуры воду следует слить, пузырь продезинфицировать	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в листке врачебных назначений.	Обеспечивается документирование процедуры. Обеспечивается преемственность сестринского ухода

### 2.1.8. Применение резиновой грелки у детей

#### Оснащение:

Грелка резиновая, теплая вода, полотенце, пленка, термометр, емкость с дезраствором, ручка, медицинская документация.

Этапы	Обоснование
<b>I. Подготовка к процедуре</b> 1. Объяснить маме цель и ход процедуры, получить согласие на ее проведение	Обеспечивается право на информацию. Привлечение к сотрудничеству
2. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Налить горячую воду (60°C) в грелку, немного сжать ее около горловины, выпустив воздух и закрутить пробку	Обеспечивается герметичность грелки, исключается ожог кожи пациента
4. Перевернуть грелку пробкой вниз и обернуть ее пленкой.	Обеспечивается проверка герметичности грелки, недопущение перегревания и ожога кожи
<b>II. Выполнение процедуры</b> 1. Положить грелку в пленке на необходимый участок тела. Примечание: если доктор назначил длительное использование грелки, каждые 20 минут необходимо делать 15-20 минутный перерыв	Исключается локальное перегревание и ожог кожи
2. Снять грелку	Обеспечивается последовательность выполнения

	процедуры
<b>III. Завершение процедуры.</b>	
1. Осмотреть кожу пациента в месте контакта с грелкой	Проводится оценка чувствительности кожи: на ней должна быть легкая гиперемия
2. Протереть дезинфицирующей жидкостью грелку	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Провести гигиеническую обработку рук	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на нее пациента в листке врачебных назначений.	Обеспечивается документирование процедуры. Обеспечивается преемственность сестринского ухода

### **3. Симптомы и ситуации, при возникновении которых необходимо немедленно сообщить врачу:**

- 3.1. Резкое ухудшение состояния ребенка.
- 3.2. Отказ родителей ребенка от проведения процедуры.

### **4. Ресурсное обеспечение выполнения протокола**

- 4.1. Часы с секундной стрелкой, ручка, температурный лист.
- 4.2. Часы с секундной стрелкой, ручка, температурный лист.
- 4.3. Пеленальный стол с матрацем, клеенка, пеленка, стерильный резиновый баллончик (№1-6) с мягким наконечником, емкость с кипяченой водой комнатной температуры (для детей грудного возраста 28-30°C, для детей старшего возраста 22-24°C), стерильное вазелиновое масло, медицинские перчатки, фартук, шпатель, лоток, горшок, медицинская документация, ручка, емкость с дезраствором.
- 4.4. Газоотводная трубка (длиной 15-20см для детей раннего и дошкольного возраста, 30-50см для школьников), вазелиновое масло, медицинские перчатки, фартук, клеенка, пеленки, полотенце, салфетки, медицинская документация, ручка, емкость с дезраствором.
- 4.5. Стерильный одноразовый желудочный зонд, стерильный одноразовый шприц емкостью 20мл, флакон с молоком, электроотсос или резиновая груша, стерильные салфетки, емкость с теплой водой для подогрева молока, водный термометр, медицинская документация, ручка, емкость с дезраствором.
- 4.6. Проточная вода температурой 37-38°C, марлевые салфетки, полотенце или мягкая пеленка, набор чистой одежды, медицинские перчатки, медицинская документация, ручка, емкость с дезраствором, ветошь (для обработки стола), мешок для грязного белья.
- 4.7. Пузырь для льда, холодная вода, кусочки льда, полотенце, пеленка, термометр, емкость с дезраствором, ручка, медицинская документация.
- 4.8. Грелка резиновая, теплая вода, полотенце, пеленка, термометр, емкость с дезраствором, ручка, медицинская документация.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 422 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 Лечебное дело».
- 2 Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 595 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.02 Акушерское дело».
- 3 Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 593 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело».
- 4 Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 23.09.2015 № 561 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 19.01.02 Лаборант-аналитик».
- 5 Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 423 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.03 Лабораторная диагностика».
- 6 Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 24.08.2015 № 421 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 32.02.01 Медико-профилактическое дело».
- 7 Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 04.06.2015 № 01.1/57 «Об утверждении номенклатуры должностей и специальностей медицинских и фармацевтических работников».
- 8 Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.06.2015 № 282 «Об утверждении перечня профессий рабочих, должностей служащих, по которым осуществляется профессиональное обучение».
- 9 Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08.12.2015 № 012.1\628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики».

- 10 Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 20.08.2015 № 012.1\286 «Об утверждении порядка дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него».
- 11 Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.08.15 № 012.1/285 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в отдельных учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
- 12 Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 21.12.15 № 012.1/670 «Об утверждении основных документов по вопросам контроля качества оказания медицинской помощи».
- 13 Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.11.15 № 012.1/599 «Об утверждении форм первичной учетной документации, которые используются в лабораториях и других учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
- 14 Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 12.03.15 № 312 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».
- 15 Приказ МЗ Украины от 21.09.10 г. №798 «Об утверждении методических рекомендаций» «Хирургическая и гигиеническая обработка рук медицинского персонала».
- 16 Губенко И.Я., Шевченко А.Т., Бразалий Л.П., Апшай В.Г. Медсестринский уход за пациентом: Стандарты медсестринских процедур, манипуляций и планов ухода и обучения: уч.пособие. – К.: Медицина, 2008.
- 17 Касевич Н.Н. Основы медсестринства в модулях: уч.пособие. – К.: Медицина, 2009.
- 18 Касевич Н.М. Общий уход за больными и медицинская манипуляционная техника: учебник. – К.: Медицина, 2008. – 424 с.
- 19 Ковальчук Л.М. Учебное пособие по хирургии в модулях - К.: «Медицина», 2009.

20 Основы сестринского дела: Алгоритмы манипуляций: учебное пособие  
Н.В. Широкова и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

И.о. министра



А.А. Оприщенко

ОДОБРЕНО  
Экспертным советом по  
стандартизации медицинской  
помощи в системе Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
08.09.2016 протокол № 3