



Фото: Фотодженика

Эпидбезопасность:

ответы Роспотребнадзора на спорные вопросы по СанПиН и инструктажи для сестринской службы

«АКТИОН» Медицина

Главная
**МЕДИЦИНСКАЯ
СЕСТРА**

Содержание

3	Выяснили, какие СОПы по эпидбезопасности должны быть в каждой клинике. Ответ Роспотребнадзора	37	Как работать с иммунобиологическими лекарственными препаратами: материалы для инструктажа медсестер
21	Роспотребнадзор требует применять рискориентированный подход к СОПам по эпидбезопасности. Как выполнить	44	Обязательный инструктаж по работе с бактерицидными облучателями. Новые материалы для обучения
27	Какую салфетку нужно прикладывать к месту инъекции. Ответ Роспотребнадзора	52	Профилактика ИСМП при установке и уходе за катетерами. Инструктаж и СОПы для медсестер
29	Обязательный инструктаж по обработке эндоскопов		

В книге – подборка ответов Роспотребнадзора по спорным вопросам, которые возникают в работе сестринской службы. Смотрите, как составить перечень СОПов по эпидбезопасности, которые должны быть в каждой клинике, как применять рискориентированный подход при составлении СОПов. Узнайте, какую салфетку прикладывать к месту инъекции, чтобы контролеры не придирались при проверках.

Автор-составитель

Елена Князева,

главный редактор журнала «Главная медицинская сестра»



Выяснили, какие СОПы по эпидбезопасности должны быть в каждой клинике. Ответ Роспотребнадзора

В статье – три перечня обязательных СОПов по эпидбезопасности для стационаров, поликлиник и стоматологий. Какие документы в них включить, разбирались вместе с главной медсестрой московской клиники и экспертом Роспотребнадзора. Проблема в том, что закрытого перечня в законе нет, и контролеры требуют у всех разное. К исследованию подключили 20 медорганизаций и сделали официальный запрос в ведомство.

Мы направили официальный запрос в Роспотребнадзор с просьбой дать разъяснения по требованиям пункта 3429 СанПиН 3.3686-21. Попросили предоставить минимальный перечень обязательных СОПов, которые должны быть в каждой медорганизации. Как только получим официальный ответ ведомства, опубликуем его на страницах журнала.

Параллельно с этим обратились к главным медсестрам и эпидемиологам стационаров, поликлиник и частных небольших клиник. Попросили прислать перечни СОПов по эпидбезопасности. Обобщили опыт коллег – далее смотрите, какие результаты получили.

Стационары

Список СОПов по эпидбезопасности для стационара зависит от того, какие услуги оказывает медорганизация, какую меддеятельность указали в лицензии. Стандарты проце-

Памятка. Перечень обязательных СОПов по эпидбезопасности для стационара

- Катетеризация периферических сосудов
- Катетеризация центральных сосудов
- Катетеризация мочевого пузыря
- Проведение ИВЛ
- Санация ТБД
- Бесконтактные перевязки
- Внутримышечные, внутривенные и другие виды инъекций
- Проведение инфузии и гемотранфузии
- Забор венозной крови
- Забор капиллярной крови
- Обработка гибких и жестких эндоскопов
- Гигиеническая обработка рук
- Обработка рук хирургов
- Обработка операционного поля
- Оказание неотложной помощи
- Порядок использования средств индивидуальной защиты
- Маршрутизация пациента с инфекционным заболеванием
- Профилактика гемоконтактных инфекций
- Текущие и генеральные уборки
- Дезинфекция и стерилизация медизделий и расходных материалов
- Обращение с медотходами
- Смена постельного белья
- Смена нательного белья
- Правила мытья столовой посуды
- Профилактика пролежней
- Идентификация пациента перед забором анализов и переливанием компонентов крови
- Кормление тяжелобольного через назогастральный зонд
- Алгоритм забора материала от пациентов с признаками особо опасных инфекций

Важно

Скачайте полный комплект проверенных СОПов по эпидбезопасности от коллег в электронной версии журнала на e.glavmeds.ru

дур необходимо разрабатывать для всех манипуляций, которые имеют эпидзначение. Например, выполнение внутривенных и внутримышечных инъекций, забора крови и оказание неотложной помощи. Если есть детское отделение, то помимо стандартных необходимо разработать и утвердить СОПы по вакцинации младенцев и детей.

Важно разработать СОПы по изоляции и маршрутизации пациента при инфекционном заболевании (приложение 1). Идентификация клиентов перед проведением процедур также относится к требованиям эпидбезопасности. Поэтому этот процесс нужно стандартизировать. При

Памятка. Перечень обязательных СОПов по эпидбезопасности для поликлиники

- Забор, хранение и транспортировка биологического материала для лабораторной диагностики заболеваний в одноразовые микропробирки
- Техника взятия мазков из зева и носа на дифтерию
- Правила забора венозной крови с помощью вакуумной системы
- Взятие капиллярной крови
- Проведение экспресс-тестирований на ВИЧ-инфекцию, COVID-19, грипп А, В и С
- Неотложная доврачебная помощь (анафилактический шок, гипогликемическая кома, отек Квинке, гипертонический криз и др.)
- Обработка гибких и жестких эндоскопов
- Гигиеническая обработка рук
- Текущие и генеральные уборки
- Упаковка изделий медицинского назначения
- Аппаратная и ручная ПСО
- Правила проведения воздушной и паровой стерилизации
- Приготовление рабочего раствора дезинфицирующего средства
- Обращение с медотходами
- Дезинфекция и стерилизация медизделий
- Порядок действий медицинских работников при проведении вакцинации (против COVID-19, гриппа и пр.)
- Порядок проведения вакцинации на передвижном прививочном пункте
- Порядок действий медицинского работника при одновременной вакцинации пациента от гриппа и от COVID-19
- Порядок хранения ИЛП в прививочном кабинете
- Порядок транспортировки ИЛП
- Алгоритм забора материала от пациентов с признаками особо опасных инфекций

проверках контролеры могут также запросить СОП по взятию биоматериала от больного, подозрительного на холеру и другие ООИ (приложение 2). Перечень СОПов по эпидбезопасности для стационара смотрите в памятке → 4.

Поликлиники

В поликлинике СОПы по проведению ИВЛ или катетеризации магистральных сосудов не понадобятся. Но нужно

Памятка. Перечень обязательных СОПов по эпидбезопасности для стоматологии

- Подготовка к проведению хирургической операции в стоматологии
- Техника накрытия стерильного стола
- Стерилизация стоматологических инструментов
- Алгоритмы обработки стоматологических инструментов
- Дезинфекция, стерилизация и очистка стоматологической установки
- Предстерилизационная очистка и обработка стоматологических наконечников
- Дезинфекция стоматологических оттисков, слепков, коррозионно-стойких артикуляторов
- Стерилизация стоматологического зеркала
- Порядок упаковки изделий медицинского назначения на импульсном аппарате перед стерилизацией
- Упаковка изделий медицинского назначения
- Паровая стерилизация
- Текущая и генеральная уборка в стоматологии
- Обращение с медотходами в стоматологии
- Алгоритмы оказания экстренной помощи стоматологическому пациенту

регламентировать алгоритмы проведения вакцинации взрослому и детскому населению, а также порядок транспортировки и хранения ИЛП. В связи с неблагоприятной эпидситуацией следует разработать СОП забора назофарингеальных мазков у пациентов для диагностики респираторных инфекций, алгоритмы использования средств индивидуальной защиты.

В поликлинике необходим СОП забора крови на стерильность (приложение 3). Если неправильно произвести забор крови, результат исследования будет недостоверный. Поэтому подробно пропишите алгоритм проведения процедуры, чтобы медицинские сестры не допускали ошибок. Рекомендуемый перечень СОПов по эпидбезопасности для поликлиники смотрите в памятке → 5.

Стоматология

В стоматологических клиниках или отделениях должны быть СОПы трех типов. Первый – дезинфекция и обработка инструментов и медизделий всех типов. Второй – порядок обращения с медицинскими отходами и проведения текущих и генеральных уборок. Третий тип – алгоритмы оказания экстренной помощи стоматологическим пациентам.

В памятке → 6 найдете минимальный перечень СОПов по эпидбезопасности для стоматологии ●

Приложение 1

Направление: Эпидемиологическая безопасность		Номер документа ТМ 70	
СОП: Порядок изоляции пациента при инфекционном заболевании в медицинской клинике		Версия: 1.0	
Количество страниц:	Порядок пересмотра: по мере необходимости	Место хранения оригинала: кабинет № 2.34	
Разработчики	Должность	Ф. И. О.	Подпись
	Врач-эпидемиолог	Иванова О.М.	
Согласовано	Медицинский директор	Петров К.С.	
Ответственный за обновление версии	Врач-эпидемиолог	Иванова О.М.	
Дата введения в действие:		Приложение ____ к приказу медицинского директора № ____. от __. __. ____	
Дата последней актуализации:			

1. Нормативные ссылки:

- 1.1. Закон № Ф3-52 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».
- 1.2. СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней».

2. Ответственные лица: врач, выявивший больного.

3. Сроки изоляции: немедленно при выявлении больного.

4. Алгоритм действия:

4.1. Врач, выявивший или заподозривший инфекционное заболевание, передающееся воздушно-капельным путем (коронавирусная инфекция, ветряная оспа, корь, краснуха, грипп, дифтерия, менингококковая инфекция, внебольничная пневмония) приостанавливает прием и переводит пациента в бокс на период осмотра и определения пациента в инфекционный стационар при необходимости.

4.2. Перед любым контактом с пациентом (объектами внешней среды в окружении пациента) персонал обрабатывает руки спиртовым антисептиком, надевает СИЗ; после контакта – снимает перчатки и защитную одежду до того, как дотронуться

до объектов внешней среды (утилизирует их как отходы класса Б), обрабатывает руки спиртовым антисептиком.

4.3. Сообщает старшей медицинской сестре о необходимости проведения внеплавной заключительной дезинфекции кабинета, где осуществлялся прием пациента, и инфекционного бокса после эвакуации пациента.

4.4. Перед эвакуацией с пациентом проводится беседа о необходимости изоляции в домашних условиях на период его лечения, допуск пациента к работе осуществляется после проведения необходимых лабораторных исследований и зависит от вида инфекционного заболевания.

4.5. После осмотра пациента в изоляторе, забора необходимых лабораторных анализов (забор анализов осуществляется в боксе с участием медицинской сестры) заполняется карта амбулаторного пациента с рекомендациями и собирается эпидемиологический анамнез. Выдаются рекомендации пациенту по его лечению и рекомендации родственникам, находящимся в контакте с пациентом (приложение к СОП).

4.6. Врачом передается экстренное извещение об инфекционном заболевании или подозрении на него в электронном виде.

Мероприятия в домашнем очаге в случае выявления у пациента инфекционного заболевания

Нозология	Проводимые мероприятия
Брюшной тиф и паратифы	За лицами, общавшимися с больными в течение 21 дня (при брюшном тифе) и 14 дней (при паратифе) с момента изоляции больного, устанавливается медицинское наблюдение с ежедневной термометрией; при лихорадке свыше 3 дней проводится бактериологическое исследование крови
Ветряная оспа	При наличии среди контактных лиц, не болевших ветряной оспой, не привитых и (или) не получивших завершённый курс вакцинации против ветряной оспы, за ними устанавливается медицинское наблюдение сроком на 21 день с момента изоляции последнего заболевшего из очага ВЗВ инфекции. Медицинское наблюдение за детьми и взрослыми, переболевшими ветряной оспой, а также получившими завершённый курс вакцинации против ветряной оспы (при наличии документального подтверждения), не проводится
Вирусный гепатит А	За лицами, общавшимися с заболевшим гепатитом А, устанавливается медицинское наблюдение (не реже 1 раза в неделю термометрия, опрос, контроль за цветом мочи и кожи, определение размеров печени, селезенки и т. п.) в течение 35 дней
ОКИ	Длительность медицинского наблюдения при дизентерии и остром кишечном заболевании неустановленной этиологии составляет 7 дней: осуществляются ежедневный опрос, осмотр, наблюдение за характером стула, термометрия, посев кала
Дифтерия, носительство токсигенных штаммов коринобактерий	Длительность медицинского наблюдения при дифтерии, носительстве токсигенных штаммов коринобактерий составляет 7 дней: осуществляются ежедневный опрос, осмотр, термометрия, посев из носа и глотки
Коклюш	Длительность медицинского наблюдения за детьми, неболевшими коклюшем составляет 14 дней: осуществляется ежедневный опрос, осмотр, термометрия
Грипп, ОРЗ	Длительность медицинского наблюдения при гриппе и ОРЗ составляет 7 дней: осуществляется ежедневный опрос, осмотр, термометрия
Корь, краснуха, эпидемический паротит	За лицами, общавшимися с больными корью, краснухой или эпидемическим паротитом, устанавливается медицинское наблюдение в течение 21 дня: осуществляются ежедневный опрос, осмотр, термометрия
Коронавирусная инфекция	За лицами, общавшимися с больными, устанавливается медицинское наблюдение в течение 21 дня: осуществляются ежедневный опрос, осмотр, термометрия, осуществляется обследование методом ПЦР и ИФА на наличие антител на 7-10-е сутки с момента контакта

Лист регистрации изменений

№	№ раздела, пункта стандарта, в которое внесено изменение	Дата внесения изменения	Ф. И. О. лица, внесшего изменения

Лист ознакомления

№	Ф. И. О.	Должность	Дата	Подпись
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Приложение 2

ГУЗ «Городская больница»		Стандартная операционная процедура	Номер: СОП
			Лист: 1 Всего:
НАЗВАНИЕ: Проведение первичных противоэпидемических мероприятий в случае выявления больного с подозрением на холеру			Подразделение:
Действует с: « ___ » ___ 20__ г.	Заменяет: вводит-ся впервые	Причина пересмотра:	Дата следующего пересмотра:
Составил:		Утвердил: Руководитель _____ « ___ » _____ 20__ г.	

Город _____, год _____

Цель: соблюдение правил проведения первичных противоэпидемических мероприятий в случае выявления больного с подозрением на холеру.

Область применения

Где: в кабинете специалиста, при выявлении подозрительного пациента.

Ответственность: медицинский работник, заподозривший заболевание.

№	Мероприятия	Срок исполнения	Ответственный исполнитель
1. В отношении источника инфекции			
1.1	Запретить вход в кабинет, где выявлен больной ООИ	Немедленно при возникновении подозрения	Медработник, выявивший больного
1.2	Сообщить заведующему отделением, заведующему поликлиникой о случае подозрения на ООИ по телефону или нарочным, не бывшим в контакте с больным, согласно схеме оповещения (приложение № 1)	Немедленно	Медработник, выявивший больного
1.3	Направить инфекциониста или терапевта (врача-консультанта) в кабинет, где выявлен больной, для подтверждения диагноза с укладками: – защитной одеждой (приложение № 2); – для забора материала от больного холерой (приложение № 3);	Немедленно	Заведующий терапевтическим отделением

№	Мероприятия	Срок исполнения	Ответственный исполнитель
	– средств личной профилактики (приложение № 4); – дезинфицирующих средств; – средств для оказания помощи больному (приложение № 5)		
1.4	Переодеться по показаниям в защитную одежду; оказать больному помощь по жизненным показаниям (приложение № 5)	Немедленно	Врач, медицинская сестра
1.6	Распорядиться о прекращении работы поликлиники и перекрыть сообщения между этажами, отделениями, отсеками; выставить соответствующие посты	Не позднее 20 минут с момента подтверждения подозрения	Главный врач, главная медсестра, старшая медсестра отделения
1.7	Уточнить клинико-эпидемиологические данные (приложение № 7) и передать экстренную информацию о выявлении больного по инстанциям согласно схеме оповещения (приложение № 1)	Немедленно после подтверждения врачом-консультантом	Врач-консультант, завэпидотделом, замглавного врача по лечебной работе, главный врач
1.8	Вызвать бригаду консультантов	При необходимости	Заместитель главного врача по лечебной работе
1.9	Провести забор материала от больного холерой (кал, рвотные массы, промывные воды) (приложение № 6)	При выявлении	Врач-консультант, врач, выявивший больного
1.10	Выявить контактных с больным лиц по данным регистратуры, врачебных и диагностических кабинетов, в местах ожидания приема, временно изолировать в любом свободном помещении; зарегистрировать с указанием домашних адресов (приложение № 10). Обеспечить эвакуацию посетителей (пациентов) поликлиники	Не позже 1 часа после обнаружения больного	Врач-эпидемиолог, главная медсестра, старшая медсестра отделения
1.11	Вызвать бригаду для госпитализации больного в инфекционную больницу	Не позже 2 часов после выявления больного	Заместитель главного врача по лечебной работе
2. Мероприятия, направленные на прерывание путей передачи			
2.1	Организовать проведение текущей дезинфекции (приложения № 8, 9)	Немедленно, до госпитализации больного в инфекционную больницу	Врач, медицинская сестра

№	Мероприятия	Срок исполнения	Ответственный исполнитель
2.2	Организовать проведение заключительной дезинфекции дезбригадой. Уничтожение материала от больного или передача в специализированную лабораторию	В течение 3–6 часов после эвакуации больного	Завэпидотделом
2.3	Обеспечить проведение контроля за соблюдением противоэпидемического режима	До особого распоряжения	Врач-эпидемиолог, главная медсестра, старшая медсестра отделения
2.4	Организовать лабораторный контроль качества дезинфекции объектов внешней среды (смывы)	Через 1–3 часа после дезинфекции	Врач-эпидемиолог
3. Мероприятия в отношении контактных			
3.1	Выявить лиц, бывших в контакте с больным ООИ, обеспечить их изоляцию		Врач, выявивший больного, медицинская сестра
3.2	Составить списки контактных по схеме (приложение № 10)		Врач-эпидемиолог, главная медсестра, старшая медсестра отделения
3.3	Организовать медицинское наблюдение за контактными в течение инкубационного периода (опрос, осмотр, измерение температуры и т. д.)	Холера – 5 дней, КВГЛ – 14 дней, чума – 6 дней. При синдроме невыявленной этиологии – 21 день	Врачи общей практики, участковые врачи
3.4	Осуществить забор патологического материала у контактных в зависимости от ООИ (при холере трехкратно)		Врачи общей практики, участковые врачи
3.5	Обеспечить выявление и провизорную госпитализацию всех больных с диареей и рвотой	При холере – 5 дней	Врачи общей практики, участковые врачи
3.6	Провести экстренную профилактику контактных (по показаниям) (приложение № 11)	По показаниям	Врачи общей практики, участковые врачи
3.7	Организовать проведение подворных обходов для активного выявления больных, находившихся в одинаковых условиях по риску инфицирования ООИ	По распоряжению	Врач-эпидемиолог, участковая служба
3.8	Проведение работы по гигиеническому обучению и воспитанию населения о мерах профилактики холеры и других ООИ		Участковая служба, врачи общей практики, врачи поликлиники

Нормативно-справочная документация:

1. СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней».
2. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 26.04.2022 № 14 «О дополнительных мерах по профилактике холеры в Российской Федерации».
3. Методические указания МУ 3.4.2552-09 «Организация и проведение первичных противоэпидемических мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевания инфекционными болезнями, вызывающими чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения».
4. Методические указания МУ 3.1.1.2232-07 «Профилактика холеры. Организационные мероприятия. Оценка противоэпидемической готовности медицинского учреждения к проведению мероприятий на случай возникновения очага холеры».
5. Методические указания МУК 4.2.2218-07 «Лабораторная диагностика холеры».
6. Методические указания МУК 4.2.2870-11 «Порядок организации и проведения лабораторной диагностики холеры для лабораторий территориального, регионального и федерального уровней».

Распределение данной инструкции

Оригинал – заместителю главного врача по лечебной работе.

Копии (52) – кабинеты врачей-специалистов, участковых врачей, врачей общей практики.

Ответственные исполнители ознакомлены и обязуются исполнять:

№ п/п	Фамилия	Подпись	Дата

Приложение 3

<i>Наименование медицинской организации</i>			
Наименование структурного подразделения:			
Название документа:	Стандарт операционных процедур: Проведение забора крови на стерильность		
Утвержден:			
Дата утверждения:			
Разработчик:	Должность	Ф. И. О.	Подпись
Согласовано:			
Дата согласования:			
Ответственный за исполнение:			
Дата введения в действие:			
Версия №	Копия № _____ / _____ / подпись Ф. И. О.		

Город, год

1. Цель: проведение забора крови на стерильность с соблюдением требований асептики и антисептики.

2. Область применения: клинические отделения и отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (ОАРИТ) медицинской организации.

3. Ответственность: средний медицинский персонал медицинской организации.

4. Определение:

Анализ крови на стерильность проводят для того, чтобы диагностировать у пациента бактериемию (присутствие в крови бактерий), которая может свидетельствовать о том, что в организме происходят достаточно серьезные патологические процессы.

5. Ресурсы:

- 1) жгут для забора крови;
- 2) стерильные спиртовые салфетки;
- 3) стерильный шприц;
- 4) стерильный халат, перчатки, маска;
- 5) флакон с глюкозным бульоном;
- 6) спиртовка, спички;
- 7) антисептическое мыло, кожный антисептик, бумажные салфетки;
- 8) КБСУ для медицинских отходов класса Б.

6. Документирование: бланк направления на исследование крови на стерильность.

7. Основная часть процедуры:

- 1) подготовить оснащение, зафиксировать Ф. И. О., дату рождения пациента, дату и время забора крови в бланке направления на исследование;
- 2) представить себя пациенту;
- 3) провести идентификацию пациента согласно внутренним правилам больницы;
- 4) объяснить цель и ход исследования и получить его согласие;
- 5) помочь пациенту принять удобное положение для венепункции лежа или сидя (зависит от тяжести пациента);
- 6) зажечь спиртовку;
- 7) провести обработку рук согласно Методическим рекомендациям по обработке рук сотрудников медицинских организаций РК;
- 8) надеть стерильный халат, перчатки, маску;
- 9) наложить жгут в область средней трети плеча (под жгут подложить салфетку) и попросить пациента несколько раз сжать кулак, найти наиболее наполненную вену;
- 10) обработать место спиртовыми салфетками двукратно, не пальпировать вену повторно;
- 11) туго натянуть кожу для с илизации вены;
- 12) выполнить пункцию кожи, затем пункцию боковой стенки вены; альтернативный метод – одновременная пункция кожи и стенки вены;
- 13) осторожно продвинуть иглу до появления в игле крови;
- 14) набрать в шприц, соединенный с иглой, от 5 до 10 мл крови (в зависимости от количества глюкозного бульона: на 50 мл – 5 мл крови, на 100 мл – 10 мл крови);
- 15) удалить шприц с иглой из вены;
- 16) открыть стерильный флакон левой рукой, соблюдая стерильность, обжечь горлышко над пламенем спиртовки;
- 17) не касаясь стенок пробирки, выпустить медленно кровь из шприца во флакон;
- 18) плотно закрыть флакон, обжигая пробку;
- 19) утилизировать использованные салфетки в контейнер для сбора медицинских отходов класса Б, шприц в КБСУ;
- 20) снять перчатки и утилизировать в емкость для сбора медицинских отходов класса Б;

21) обработать руки согласно Методическим рекомендациям по обработке рук сотрудников медицинских организаций РК;

22) помочь пациенту встать или лечь удобно (зависит от тяжести состояния пациента);

23) установить стерильный флакон в контейнер, прикрепить направление и доставить в бактериологическую лабораторию. Если нет возможности сразу доставить флакон с кровью в бактериологическую лабораторию (ночное время, выходной день и т. д.), то его необходимо поместить в термостат при температуре +37 °С.

8. Примечание:

Забор крови осуществляется в любое время на высоте температурной кривой, рекомендуется исключить прием жирной пищи накануне исследования.

Осложнения после процедуры взятия крови:

- сепсис;
- инфекции кровотока (инфекции артерий или вен);
- тромбоз вены;
- гематома или кровотечение;
- инфекции мягких тканей (некротический фасцилит, инфекционный миозит, лимфаденит, лимфангит, инфильтрат, абсцесс);
- обморок.

Риск инфекции можно свести к минимуму, соблюдая требования асептики и антисептики при проведении процедуры.

9. Ссылки:

1. ГОСТ Р 59778-2021. Национальный стандарт Российской Федерации. Процедуры взятия проб венозной и капиллярной крови для лабораторных исследований (утв. и введен в действие приказом Росстандарта от 21.10.2021 № 1212-ст).

2. ГОСТ Р 52623.4-2015. Технология выполнения простых медицинских услуг, инвазивных вмешательств.

3. Методические указания МУ 4.2.2039-05 «Техника сбора и транспортирования биоматериалов в микробиологические лаборатории».

4. Комплект методических материалов по безопасности инъекций и сопутствующим процедурам. Всемирная организация здравоохранения, 2011.

5. Преаналитический этап лабораторных исследований в ежедневной практике медицинских сестер. Венозная кровь. М.О. Егорова, д. м. н., профессор кафедры КЛД ГОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Минздрава России, руководитель отдела развития технологий и обучения Компании «ОМБ»; Т.П. Сапенко, к. м. н., ведущий специалист отдела развития технологий и обучения Компании «ОМБ»; Н.В. Патругина, специалист по продукции отдела развития технологий и обучения Компании «ОМБ» // Справочник заведующего КДЛ, 2017. № 3.

10. Приложение:

Чек-лист для контроля манипуляции по взятию венозной крови

Проверяющие:

Врач-эпидемиолог _____

Главная медицинская сестра _____

Аудитор _____

Проверяющий _____

№ п/п	Действие*	Выполнение действия	
		Да	Нет
1	Наличие инструкции по сбору вакуумной системы для взятия венозной крови	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Наличие аптечки для оказания неотложной помощи пациенту в случае обморока и других неотложных ситуациях с набором необходимых лекарственных препаратов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Накрытие клеенчатой подушки для выравнивания локтевого сгиба одноразовой салфеткой строго в присутствии пациента	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Подбор иглы соответствующего размера в зависимости от состояния выбранной вены, ее локализации и необходимого для исследования объема венозной крови	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Контроль сохранности этикетки на игле, которая гарантирует стерильность. Демонстрация пациенту срока годности иглы и целостность ее упаковки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Жгут накладывается на не более чем на 1 минуту. Жгут не накладывается непосредственно на кожные покровы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Пациент не производит энергичное сжатие и разжимание кулака	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Обработка области прокола производится спиртовой салфеткой, круговыми движениями от центра к периферии 3 ватными шариками (салфетками): 1-я спиртовая салфетка – обширное поле, 2-я – непосредственно место венопункции, ожидают полного высыхания антисептика или просушивают место венопункции стерильной сухой салфеткой и на место венопункции приложена 3-я спиртовая салфетка, а на нее сухая стерильная марлевая, пациенту предложено зафиксировать ее пальцем другой руки, прижимая к месту прокола	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Осторожно перевернута (не встряхивая) пробирка 4–6 раз сразу после ее извлечения из держателя для полного смешивания крови с реагентами или активатором образования сгустка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

№ п/п	Действие*	Выполнение действия	
		Да	Нет
10	Удалена спиртовая и сухая салфетки с места прокола и наложена давящая повязка, зафиксировав на месте прокола новую стерильную сухую марлевую салфетку эластичным бинтом. Повязка была наложена не слишком туго	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Пациент проинформирован о правилах профилактики образования гематомы на месте венопункции	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Персонал одет в стерильную спецодежду: халат, шапочка, маска, стерильные перчатки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Используется для антисептики спиртосодержащее средство	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Примечание: * В графе «Действие» указано то, как должно быть.

Врач-эпидемиолог _____
 Главная медицинская сестра _____
 Аудитор _____
 Проверяющий _____

Дата _____

Лист регистрации изменений

№ п/п	№ раздела, пункта стандарта, в которое внесено изменение	Дата внесения изменения	Ф. И. О. лица, внесшего изменения
1			
2			
3			

Лист ознакомления

№ п/п	Фамилия	Подпись	Дата
1			
2			
3			

Роспотребнадзор требует применять рискориентированный подход к СОПам по эпидбезопасности. Как выполнить

Роспотребнадзор предъявил новые требования к разработке обязательных СОПов по эпидбезопасности. В ответе на запрос редакции представители ведомства поручили использовать рискориентированный подход и определять критические точки при выполнении манипуляций. Как это сделать, разъяснила эпидемиолог федерального центра Блохина. Убедитесь, что учли обязательные требования при составлении своих стандартов.

Контролеры при проверках запрашивают СОПы по эпидбезопасности. Проблема в том, что закрытого перечня в санправилах нет, и инспекторы требуют у всех разное. Мы уточнили у ведомства, что надо учесть при разработке СОПов в конкретной клинике. Роспотребнадзор ответил: применяйте рискориентированный подход и определяйте критические точки для манипуляций. Далее разберем, как это сделать.



Елизавета Дубель,
врач-эпидемиолог
НМИЦ онкологии
им. Н.Н. Блохина,
к. м. н.

Как использовать рискориентированный подход при составлении перечня обязательных СОПов

Роспотребнадзор рекомендует применять рискориентированный подход, чтобы определить, для каких процедур и манипуляций СОПы обязательны. По этому принципу контролеры запрашивают СОПы по эпидбезо-

Важно

Смотрите полный текст письма Роспотребнадзора в электронной версии журнала на e.glavmeds.ru

пасности при проверках. Перечень обязательных стандартов утверждает комиссия по профилактике ИСМП, в которую входит главная медсестра.

Чтобы определить, какие именно процедуры и манипуляции нужно описать и регламентировать в СОПах, сначала составьте полный список процессов и работ, которые выполняет персонал. Среди них выделите те, при которых потенциально возможно инфицирование пациентов и медработников. В первую очередь это инвазивные манипуляции, процессы дезинфекции и стерилизации. Примерный перечень для стационара смотрите в приложении. В зависимости от профиля клиники и услуг, которые она оказывает, список нужно дополнить. Например, в поликлинике следует добавить в список вакцинацию взрослых и детей, а проведение ИВЛ или катетеризацию магистральных сосудов можно убрать.

После того, как составили список манипуляций, ранжируйте их по степени риска инфицирования ИСМП. Ориентируйтесь также на то, как часто ИСМП возникают после этой процедуры. Чаще всего возникают инфекции из так называемой большой четверки. Что в нее входит, смотрите в памятке ниже.

Высок риск инфицирования при медицинских и биологических авариях. Поэтому нужно включить в список СОПы, которые регламентируют действия персонала в трех ситуациях. Во-первых, при порезах и проколах загрязненным инструментом. Во-вторых, при случайном

Памятка. «Большая четверка» ИСМП

- 1 Катетер-ассоциированные инфекции мочевыводящих путей
- 2 Катетер-ассоциированные инфекции кровотока
- 3 ИВЛ-ассоциированные пневмонии
- 4 Инфекции в области хирургического вмешательства

контакте с биологическими жидкостями и патогенными биологическими агентами. В-третьих, при рассыпании и разливании необеззараженных медотходов.

Как разрабатывать СОПы с учетом контрольных точек

Когда составляете СОП, уделяйте особое внимание критическим точкам выполнения манипуляций. Примерный перечень таких точек, которые имеют высокое эпидзначение, смотрите в памятке → 24.

Не включайте в алгоритм действий много пунктов: если нужно выполнить много манипуляций, лучше сгруппируйте их. Описывайте действия кратко и конкретно. Используйте простой и понятный язык. Делайте акценты и отражайте наиболее важные детали. Прикрепляйте наглядные фотографии и рисунки с примером правильного выполнения (рисунок).

ПРИМЕР

В СОПе по гигиенической обработке рук пропишите информацию, сколько раз нажать дозатор для получения требуемого количества антисептика или мыла. Это будет удобно как новым сотрудникам, так и более опытным.


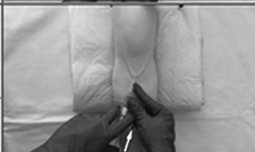
3.2	<p>Произвести пункцию вены</p> <p>* При повторной пункции сменить иглу</p>	<p>1 Натянуть кожу пациента большим пальцем</p> <p>* Не дотрагиваясь до места венопункции</p> <hr/> <p>2 Пунктировать вену под углом 10-15° срезом иглы вверх</p> <p>* Появление крови в прозрачной камере подтверждает правильное расположение иглы в вене</p>	
3.3	<p>Вставить вакуумную пробирку в держатель</p>	<p>1 Вставить вакуумную пробирку в держатель этикеткой вниз до щелчка</p> <p>* Порядок набора вакуумных пробирок представлен в Приложении А</p> <hr/> <p>2 Придерживать вакуумную пробирку и канюлю иглы</p>	

Рисунок. Фрагмент СОПа «Взятие венозной крови с помощью вакуумных систем» с наглядными иллюстрациями

Памятка. Примерный перечень критических точек для медманипуляций

- 1 Гигиена рук
- 2 Надевание перчаток и СИЗ
- 3 Сбор медицинских отходов
- 4 Действия, при которых могут быть нарушены принципы асептики и антисептики
- 5 Дезинфекция и стерилизация
- 6 Обращение с острыми инструментами и медизделиями

Чтобы сделать точный подсчет, поднесите чистый шприц без поршня к дозатору и один раз полноценно нажмите на дозатор. Замерьте, какое количество антисептика попало в шприц, затем, учитывая полученное количество, определите, сколько нажатий необходимо для получения дозы, указанной производителем. Например: 1 нажатие – 1,5 мл, производитель рекомендует 3 мл, значит персонал должен нажимать не менее двух раз. Кроме того, есть дозаторы, для которых предусмотрено точное дозирование находящихся внутри жидкостей при нажатии.

Учитывайте, в каком подразделении и кабинете будут проводить манипуляцию. Так, алгоритмы инъекций у постели пациента и в процедурном кабинете отличаются, поэтому каждый нужно прописать отдельно.

Важно

СОП нужно пересматривать раз в год и после того как издали новый СанПиН, ГОСТ, методрекомендацию по этой процедуре либо клиника решила перейти на новые правила ее выполнения

ПРИМЕР

В клинике в одном отделении стационара инъекционное поле обрабатывают салфетками в индивидуальных упаковках, пропитанными антисептиком. В другом отделении используют ватные шарики, которые смачивают антисептическим раствором. СОПы по процедурам, которые включают инъекции, в этих отделениях нужно будет адаптировать к реальным условиям.

Обновляйте СОП раз в год и когда переходите на новые правила выполнения процедуры

Как внедрить СОПы в работу

Чтобы сотрудники начали работать по СОПам, организуйте обучение. Обучить нужно тех, кто уже в штате, и тех, кого будете принимать на работу. Не поручайте сотрудникам изучить документы самостоятельно, так запомнят только часть теории. Лучше вовлеките в активности, во время которых усвоят и отработают правила разными способами. Покажите учебный фильм и проведите инструктаж с презентацией. Обеспечьте рабочие места подчиненных экземплярами СОПов и памятками.

Попросите врачей и медсестер, которые часто выполняют манипуляции по СОПам, провести мастер-класс. Предложите подчиненным решить ситуационные задачи, отработать навыки на практике. Проведите тренировочные учения. Если в штате клиники есть программисты, можете поручить им разработать обучающие модули и программы, а также тесты или другие интерактивные средства для проверки знаний.

Проверьте, как сотрудники усвоили материал. Можете провести собеседование, тестирование или поручить решить контрольные задачи. Ставить зачет и допускать к работе рекомендуем тех, кто справится с заданиями не меньше чем на 70 процентов. Это требование предъявляйте и к новым сотрудникам: допускайте к работе, только когда успешно выполнили задания. После того как сотрудники отчитаются в конце обучения, организуйте периодический контроль за тем, как следуют правилам. Его можете провести в форме внутреннего аудита или наблюдения за работой сотрудников ●

Приложение

Примерный список сестринских манипуляций в стационаре, для которых нужно разработать СОПы.

- 2 Катетеризация периферических сосудов
- 3 Катетеризация центральных сосудов
- 4 Катетеризация мочевого пузыря
- 5 Проведение искусственной вентиляции легких
- 6 Бесконтактные перевязки
- 7 Внутримышечные, внутривенные и другие виды инъекций
- 8 Проведение инфузии и гемотранфузии
- 9 Забор венозной крови
- 10 Забор капиллярной крови
- 11 Обработка эндоскопов
- 12 Гигиеническая обработка рук
- 13 Обработка рук хирургов
- 14 Обработка операционного поля
- 15 Оказание неотложной помощи

Какую салфетку нужно прикладывать к месту инъекции. Ответ Роспотребнадзора

Вместе с эпидемиологом разбираемся в вопросе, какую салфетку прикладывать к месту инъекции – сухую или с антисептиком. Сделали запрос в НИИ Дезинфектологии Роспотребнадзора, фрагмент ответа прилагаем.

При проверках возникают спорные ситуации из-за алгоритмов по использованию упаковок со стерильными ватными шариками. По ранее существовавшим правилам их можно использовать в течение 3 часов. Так продолжают действовать на практике. Однако Роспотребнадзор часто делает замечания, поскольку после вскрытия упаковки находящийся внутри материал теряет свою стерильность. В СанПиН 3.3686-21, а именно в пункте 3450 сказано: «при необходимости место инъекции закрывается стерильным сухим шариком (салфеткой)». Отсюда следует, что санправила разрешают использовать сухой тампон, но не обязывают медиков это делать. Применять стерильный материал, который увлажнили антисептиком, санправила не запрещают.

В то же время есть ГОСТ Р 52623.4-2015 «Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств». В нем прописали порядок проведения инъекций, в соответствии с которым после инвазивного вмешательства необходимо приложить к месту введения препарата салфетку с антисептиком.

Есть несколько вариантов решить проблему с применением стерильного материала в процедурных: использовать индивидуальные укладки для каждого пациента, накрывать стерильный стол, применять инъекционные салфетки в индивидуальных упаковках. Первые два способа



Елизавета Дубель,
врач-эпидемиолог
НМИЦ онкологии
им. Н.Н. Блохина,
к. м. н.

Фрагмент ответа Института дезинфектологии Роспотребнадзора

5. Применение стерильных салфеток, пропитанных кожным антисептиком для закрытия места инъекции не запрещено требованиями СанПиН 3.3686-21, если инструкцией по применению таких салфеток предусмотрен способ обработки инъекционного поля.

Директор Института дезинфектологии
ФБУН «ФНЦГ им. Ф.Ф. Эрисмана»
Роспотребнадзора

 Ю.В. Демина

затруднительно реализовать в условиях большого потока пациентов. безопасный вариант – использовать стерильные индивидуально упакованные инъекционные салфетки с антисептиком. У них есть ряд преимуществ. Среди них:

- удобны в работе;
- нет необходимости готовить стерильный материал, пинцет, емкость для антисептика (которые предварительно еще нужно подвергнуть дезинфекции и ПСО, поставить пробы для контроля качества очистки, зафиксировать информацию о результатах контроля в журнале);
- не нужно думать о том, как обеспечить стерильность материала для каждого пациента.

Смотрите выше фрагмент ответа Института дезинфектологии Роспотребнадзора на вопрос о возможности применения после инъекций салфеток с антисептиками. Для некоторых препаратов, например, иммунобиологических, в инструкциях производитель указывает, что обработка места инъекции спиртовыми антисептиками запрещена. Это нужно учитывать, когда организуете работу ●

Обязательный инструктаж по обработке эндоскопов для медсестер: материалы для обучения

Медсестры нарушают требования к обработке эндоскопов, что приводит к поломке медизделий и вспышкам ИСМП. Подготовили материалы для инструктажа, как обрабатывать и хранить эндоскопы. Используйте презентацию, инструкции и СОПы, чтобы разобрать с подчиненными правила работы с оборудованием и избежать распространенных ошибок.

В какой одежде обрабатывать эндоскоп

Стандартный комплект одежды и экипировки для обработки эндоскопа состоит из шести предметов: халата, фартука, шапочки, перчаток, маски, а также очков или щитка. Как часто менять одежду – зависит от места работы. Если работаете в отделении или кабинете внутрисветной эндоскопии, меняйте форму по мере загрязнения, но не реже двух раз в неделю. Если работаете в хирургическом или эндоскопическом кабинете, меняйте так же по мере загрязнения, но не реже 1 раза в день.

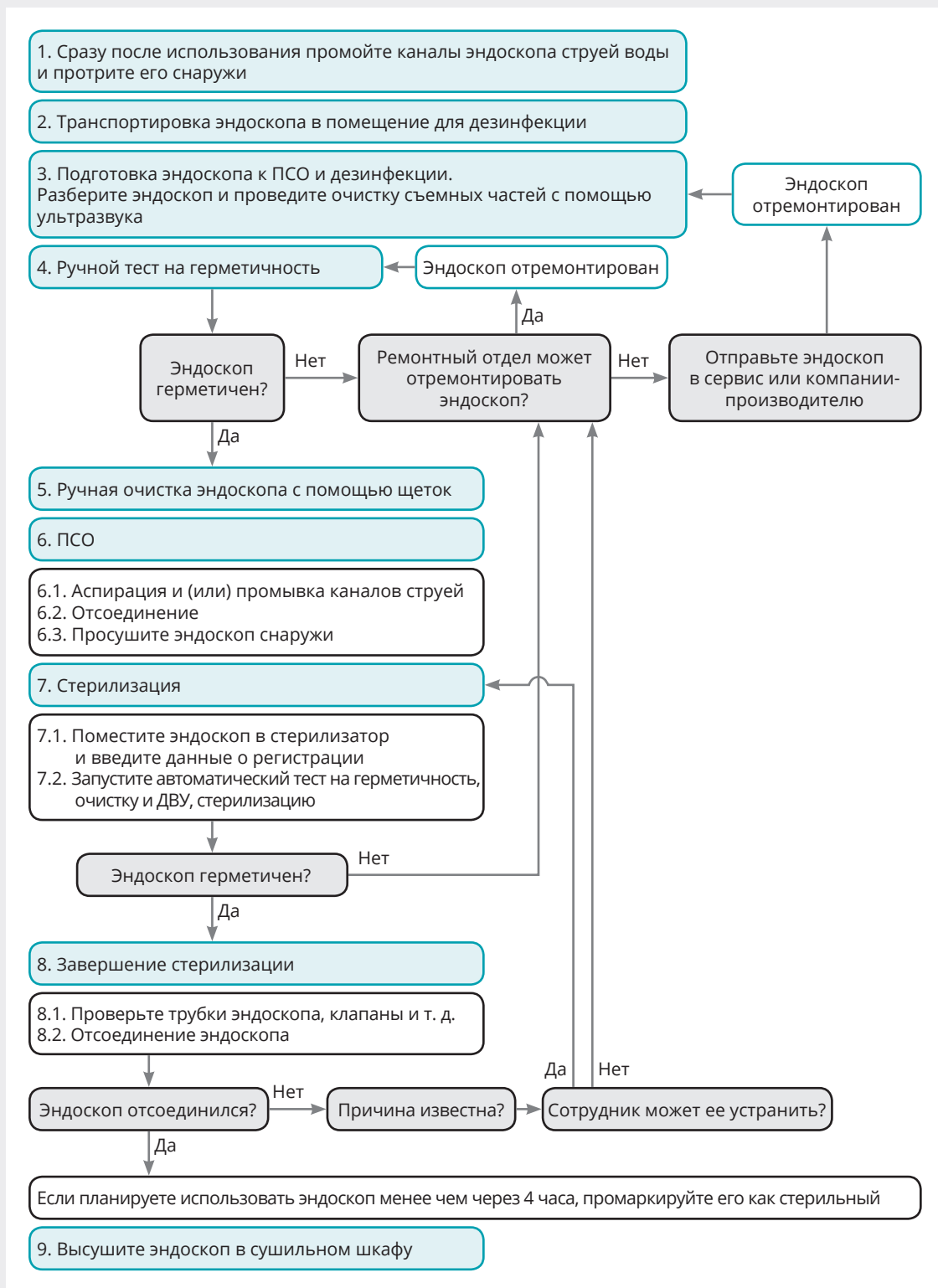


Марина Калмыкова,
главная медицинская
сестра БУЗ ВО «Воло-
годская городская
больница № 2»

Как обрабатывать эндоскопы

Эндоскопы обрабатывают в несколько этапов (схема). Сначала проводят предварительную очистку и тест на герметичность, после – окончательную очистку и контроль ее качества. Далее эндоскоп дезинфицируют, ополаски-

Схема. Обработка эндоскопов



вают, просушивают, и помещают на хранение. Такую обработку проводят после каждого эндоскопического исследования. Далее в статье разберем, что делать на каждом этапе.

Этап 1. Предварительную очистку проводят сразу после того, как сделали эндоскопическое исследование, в том же помещении, где его делали. Цель очистки – убрать загрязнения с поверхностей и каналов эндоскопа и инструментов к нему до того, как загрязнения высохнут (рисунок 1).

Как проводить. Когда извлекли эндоскоп, смочите салфетку ферментным моющим раствором и уберите ею видимые загрязнения с наружной поверхности прибора. Двигайтесь

от блока управления к дистальному концу. Затем поместите салфетку в емкость для отходов класса Б.

Погрузите дистальный конец в емкость с ферментным моющим раствором. По очереди всасывайте через инструментальный канал раствор и воздух, пока не увидите, что вытекающий раствор чистый (рисунок 2). Закончите продуванием воздухом.

Отсоедините эндоскоп от источника света и отсоса. Поместите прибор и его съемные части в контейнер, в котором будете проводить окончательную очистку. Чтобы не спутать контейнеры с грязными эндоскопами и с теми, которые уже очистили, используйте маркировку. Например, ставьте «ГЭ» на контейнерах с грязными эндоскопами, «ЧЭ» – с чистыми. Закройте контейнер с грязным эндоскопом и отнесите его в «грязную» зону помещения для



Рисунок 1. Удаление видимых загрязнений влажной салфеткой



Рисунок 2. Всасывание мощщего раствора через инструментальный канал

обработки эндоскопов. Остальные этапы проводите в этой зоне.

Этап 2. Тест на герметичность проводят также после каждого эндоскопического исследования, после предварительной очистки. Цель теста – найти внешние и внутренние дефекты прибора до того, как погрузят в химические растворы. Тестирование проводят по рекомендациям производителя эндоскопа.

Как проводить. Оборудование и метод проверки на герметичность выбирайте в соответствии с инструкцией производителя. Тест на герметичность выполняют автоматизированным или ручным способом при помощи манометра или специального тестера.

Чтобы провести тест с помощью манометра, присоедините его к эндоскопу и при помощи груши нагнетайте воздух до тех пор, пока стрелка манометра не окажется в контрольной зоне, – на циферблате она выделена цветом. Наблюдайте за показаниями манометра столько времени, сколько указано в инструкции к тестеру. Если стрелка манометра не вышла из контрольной зоны, аппарат считается герметичным.

Как правило, производители рекомендуют сразу после этого провести тест на протечки. Для этого эндоскоп, который находится под давлением, полностью погрузите в ванну с водой и продолжайте наблюдать за ним. Рычагами управления приведите в движение дистальный конец эндоскопа. Появление из одной точки эндоскопа редких пузырьков воздуха или дорожки из пузырьков будет свидетельствовать о нарушении герметичности эндоскопа.

Этап 3. Окончательную очистку проводят после теста на герметичность, чтобы подготовить прибор к стерилизации. Цель очистки – полностью удалить все органические и неорганические элементы с поверхности эндоскопа и из его каналов.

Как проводить. Подготовьте емкость с раствором, в которую будете помещать эндоскоп. Возьмите контейнер объемом не меньше 10 л, в который сможете поместить эндоскоп полностью. Приготовьте дезинфицирующий раствор по инструкции к дезсредству. Для каждой процедуры с каждым эндоскопом нужен свежий раствор. Уровень раствора должен быть на 1 см выше эндоскопа, когда он в емкости (рисунок 3).

Погрузите эндоскоп в емкость с дезраствором. Шприцем залейте раствор во все каналы. Прямо в растворе протрите

внешние поверхности прибора чистой марлевой салфеткой. Специальными щетками очистите шесть деталей: клапан, биопсийный клапан, аспирационный клапан, гнезда клапанов, адаптер подачи воздуха/воды, торцевую часть видимой трубки. Каждую деталь очистите трижды. Продолжайте чистить, если на щетке по-прежнему остается грязь.

Присоедините к каналам вспомогательные приспособления для их обработки и промойте их дезраствором при помощи шприца. Используйте шприц емкостью не меньше 90 мл, раствор вливайте, пока из отверстий на дистальном конце не перестанут выходить пузыри воздуха. Продуйте каналы воздухом. Отсоедините адаптеры для очистки. Оставьте эндоскоп в емкости на то время, которое указали в инструкции к дезсредству.



Рисунок 3. Уровень раствора дезсредства в емкости выше эндоскопа на 1 см

Важно

Скачайте готовую презентацию для обязательного инструктажа по обработке эндоскопов, а также образцы СОПов и журналов в электронной версии журнала на e.glavmeds.ru

Этап 4. Ополаскивание и просушку проводят, чтобы удалить из эндоскопа остатки моющего раствора.

Как проводят. Слейте дезраствор и залейте в емкость проточную воду питьевого качества. Ополосните наружные части эндоскопа, клапаны, при помощи вспомогательных приспособлений промойте каналы. На каждый канал используйте не меньше 90 мл воды, промывайте столько времени, сколько указали в инструкции к дезвеществу, но не меньше 5 минут. Далее наберите в емкость дистиллированную воду: ополосните наружную часть эндоскопа и внутренние каналы при помощи шприца. Ополаскивайте столько, сколько указали в инструкции, но не меньше минуты.

Просушите эндоскоп. Для этого протрите его снаружи сухими марлевыми салфетками. Прикрывайте салфеткой дистальный конец, чтобы не распространить инфекционный аэрозоль. Воду из каналов удалите продуванием при помощи шприца или помпы. Салфетки положите в контейнер для отходов класса Б, вспомогательные приспособления и щетки обработайте так же, как эндоскоп, и используйте снова.

Этап 5. Контроль качества окончательной очистки проводят перед тем, как выполнить стерилизацию. Какую пробу возьмут, определяют по тому, каким дезраствором проводили окончательную чистку. Если pH щелочной среды дезраствора был выше 8,5 – возьмут фенолфталеиновую пробу, если ниже – азопирамовую.

Как проводят. Обработайте эндоскоп реагентом внутри и снаружи. Поверхность эндоскопа протрите тампоном, который смочили в реагенте. Введите реагент в биопсийный канал при помощи шприца емкостью 30 мл. Выждите минуту и смотрите результаты.

Если результат отрицательный, ополосните биопсийный канал 20–30 мл воды и продуйте воздухом. Наружную поверхность протрите салфеткой, которую смочили в воде,



Рисунок 4. Хранение эндоскопов в подвешенном состоянии

и сухой. Если проба положительная, проведите окончательную очистку еще раз.

Этап 6. Дезинфекция высокого качества – последняя процедура обработки эндоскопа перед тем, как его поместят на хранение. После дезинфекции прибор только ополаскивают и просушивают. Дезинфекцию проводят химическими дезинфектантами.

Как проводят. Подготовьте раствор для дезинфекции, по инструкции можете использовать несколько раз, поэтому перед процедурой проверяйте, достаточно ли в нем активного вещества при помощи тест-полосок. Погрузите эндоскоп и все съемные части в раствор, заполните раствором все каналы. Закройте контейнер крышкой и оставьте эндоскоп в таком состоянии на время, которое указали в инструкции к средству. Обработайте руки и наденьте стерильные перчатки. Выдуйте раствор из клапанов стерильным шприцем.

Этап 7. Ополаскивание и просушку проводят после дезинфекции высокого качества. Это – последний этап перед тем, как эндоскоп поместят на хранение.

Как проводят. Выньте эндоскоп и его части из раствора и переложите в емкость со свежей порцией воды.

Промойте каналы водой, ополосните наружные поверхности и клапаны. Прочистите то же, но с дистиллированной водой. Продуйте каналы воздухом.

Выложите эндоскоп и клапаны на стерильную поверхность. Просушите поверхность эндоскопа и клапанов стерильными салфетками. Продуйте клапаны воздухом. Присоедините стерильный шприц к порту аспирационного канала и промойте его 25 мл 70-процентного этилового спирта. Прочистите то же с портом вода/воздух. Продуйте каналы воздухом.

Этап 8. Хранение эндоскопа организуют на три часа: если в течение этого времени прибор не используют, нужно еще раз провести дезинфекцию высокого качества.

Как проводят. К месту хранения эндоскоп доставляйте в стерильной упаковке. Храните прибор в асептических условиях в разобранном виде – без клапанов и других съемных аксессуаров в подвешенном состоянии (рисунок 4). Съемные части храните отдельно. Инструменты к эндоскопу стерилизуют и хранят в ультрафиолетовой камере ●

Как работать с иммунобиологическими лекарственными препаратами: материалы для инструктажа медсестер

В статье – материалы для инструктажа медсестер, как работать с иммунобиологическими препаратами, чтобы не нарушить правила «холодовой цепи». Разберете с подчиненными, как готовиться к приемке и проводить ее, размещать, хранить и доставлять препараты в прививочный кабинет. Формы журналов и алгоритм для подчиненных прилагаются.

Как подготовить термоконтейнер к приемке



Оксана Орлова,
начальник отдела
эпидемиологии ФГБУ
«НМХЦ им. Н.И. Пирогова» Минздрава,
в. н. с. лаборатории
ИСМП ФБУН «ЦНИИ
Эпидемиологии» Роспо-
требнадзора, с. н. с.
лаборатории оппорту-
нистических инфекций
ФГБУ «Научно-исследо-
вательский центр эпи-
демиологии и микро-
биологии имени
Н.Ф. Гамалеи» Минз-
драва, д. м. н.

Перед приемкой препаратов подготовьте термоконтейнеры, в которых доставите их до места хранения. Проверьте, нет ли повреждений на стенках или крышке контейнера, внутри и снаружи. Поврежденную емкость использовать нельзя. Если контейнер многократного применения, проведите санитарную обработку. Используйте моющие и дезинфицирующие средства, обработку проводите по правилам из инструкции к контейнеру.

Если доставить лекарства к месту хранения планирует в пассивном термоконтейнере, где температуру поддерживают хладоэлементы, достаньте их из морозильника. Не забывайте: использовать сухой лед вместо хладоэлементов нельзя. Сколько элементов достать для каждого контейнера, посмотрите в инструкции по его эксплуатации. Если готовитесь принять препараты разных видов, в том числе растворители для вакцин или препараты,

**Не забывайте:
использовать
сухой лед вме-
сто хладоэле-
ментов нельзя**

которые нельзя замораживать, достаньте хладоэлементы заранее. Охладите термоконтейнер до температуры от +2 до +8 °С.

Перед укладкой в контейнер протрите хладоэлементы сухой ветошью, чтобы убрать конденсат. Уложите элементы вдоль боковых стенок. Поместите внутрь контейнера термоиндикатор и автономный термометр. Их размещают в контрольных точках, где есть риск перегрева или переохлаждения. Эти точки указывают в термокарте, которую к контейнеру приложил производитель, или составили в клинике. Плотнo закройте крышку, после проверьте показания термоиндикатора и термометра. Если работают исправно, дождитесь, когда температура в контейнере будет от + 2 до + 8 °С, если в инструкции по применению не требуют охладить до другой температуры.

Как проводить приемку

Во время приемки внимательно проверьте, соблюдали ли температурный режим, когда транспортировали препараты до клиники. Большинство лекарств должны транспортировать при температуре от +2 до +8 °С.

Если лекарства привезли в авторефрижераторе, водитель приложит к приемочной документации распечатку терморегистратора. Лекарства, которые доставляют обычным транспортом, перед отправкой помещают в термоконтейнеры.

Совет

Проводите обучение медицинских сестер и младшего персонала правильной работе с иммунобиологическими лекарственными препаратами при устрой-

стве на работу, а затем не реже одного раза год. Дату инструктажа фиксируйте в отдельном журнале, его можете вести в произвольной форме.

Охладите термомоноконтейнер, перед тем как транспортируете в нем препараты

При приемке контейнеры нужно вскрыть и проверить показания термоиндикаторов и терморегистраторов. Если обнаружите нарушение температурного режима, сообщите руководителю и составьте акт. Принимать ли препараты, решит руководитель.

Если нарушений нет, поместите препараты в приготовленные термомоноконтейнеры. Чтобы не заморозить, отделите препараты от хладоэлементов изолирующим материалом. Например, картоном или бумагой. Проверьте, исправно ли работают термоиндикаторы и терморегистраторы. Если к месту хранения контейнеры доставите меньше чем за час, термоиндикаторы можете не использовать. Внесите показания термоиндикаторов и терморегистраторов в журнал учета движения иммунобиологических лекарств или электронную систему. Форма журнала – в приложении 1.

Как размещать и хранить

Размещать и хранить препараты нужно по правилам из инструкции по их применению. Все препараты, в том числе растворители для вакцин, хранят в холодильнике при температуре от +2 до +8 °С включительно. Растворители хранят в том же холодильнике, где вакцины. Исключение – туберкулин, для которого выделяют отдельный холодильник. Препараты, которые по инструкции не нужно замораживать, размещают в холодильнике вдали от источника холода.

Когда размещаете препараты в холодильнике, раскладывайте их на полках и в ящики, но не на полки в дверце – так могут выпасть, когда будете открывать холодильник. Адсорбированные препараты с адъювантами и растворители для вакцин разместите так, чтобы не заморозить. Пять адсорбированных препаратов, за которыми нужно проследить, – на плашке. Новую партию препаратов кладите позади старой: так не забудете использовать сначала

те препараты, у которых скоро истечет срок годности, а потом – свежие.

Когда разместите препараты, промаркируйте полки, в маркировке укажите названия лекарств. Фиксируйте температурный режим и показания термоиндикаторов в холодильниках дважды в день: в начале и в конце рабочего дня. Сведения вносите в журнал регистрации температуры в холодильном оборудовании. Форма журнала – в приложении 2.

Как доставлять к прививочному кабинету

Когда собираете препараты, чтобы доставить к месту вакцинации, берите сначала те, у которых скоро истечет срок годности, а после – новые. Препараты можете использовать до максимально допустимого срока хранения, который указали на упаковке.

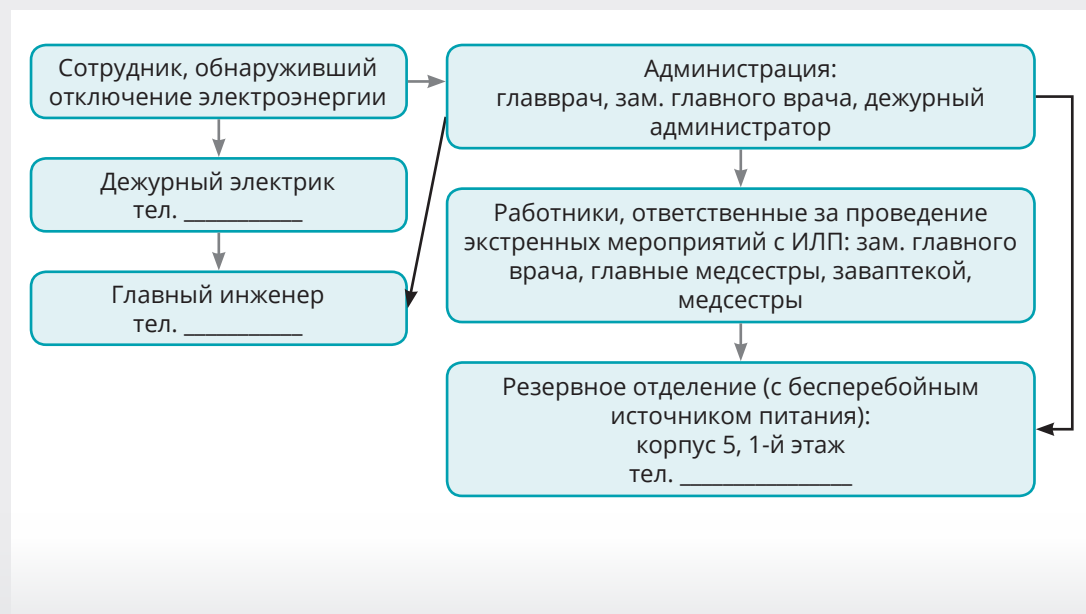
К прививочному кабинету препараты доставляйте в термоконтейнерах. Подготовьте и заполните их по тем же правилам, что и перед приемкой. Не забудьте внести в журнал движения иммунологических лекарственных препаратов или электронную систему показания термоиндикаторов и терморегистраторов, после того как загрузите препараты, и когда доставите их.

5

**адсорбированных
препаратов
с адъювантами,
которые нельзя
замораживать**

1. Коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина;
2. Дифтерийно-столбнячный анатоксин;
3. Вакцины против гепатита В и А;
4. Субъединичные гриппозные вакцины;
5. Инактивированная вакцина против полиомиелита.

Рисунок. Схема оповещения и действия персонала при аварийном отключении энергосбережения



Как действовать в экстренной ситуации

Если подозреваете, что заморозили вакцину, в которой адьювант – алюминий, проведите шейк-тест. Алгоритм – в приложении 3.

Если отключили электричество, действуйте по схеме (рисунок). Переложите замороженные хладоэлементы из морозильника на полки холодильника и плотно закройте его. Внесите в журнал аварийных ситуаций, во сколько произошло отключение, какую температуру в этот момент показывал термометр, кому сообщили об отключении. Когда подачу электричества наладят, внесите в журнал, во сколько это произошло и какую температуру показывал термометр. Если подачу электричества не наладят в течение двух часов, подготовьте термоконтейнеры по стандартным правилам. Доставьте в отделение с бесперебойным источником питания ●

Приложение 1

Журнал учета движения ИЛП

Приход									Расход					
Дата поступления	Название ИЛП	Производитель	Поставщик	Серия	Срок годности	Количество доз / фасовка	Тип и контрольный номер термометрического индикатора	Показания термометрического индикатора	Дата отпуска	Кому отпущено	Количество доз / фасовка	Остаток (доз)	Тип и контрольный номер термометрического индикатора	Показания термометрического индикатора

Приложение 2

Журнал регистрации температуры в холодильном оборудовании

Дата	Время	Показания термометров		Показания термоиндикаторов			
		№ 1	№ 2	№ 1		№ 2	
				Идентификационный номер	№	Идентификационный номер	№
	09:00	+5 °С	+5 °С		Норма		Норма
	17:00	+5 °С	+5 °С		Норма		Норма
	09:00	+5 °С	+5 °С		Норма		Норма
	17:00	+5 °С	+5 °С		Норма		Норма

Приложение 3

Алгоритм. Как провести шейк-тест, если подозреваете, что заморозили вакцину, где адъювант – алюминий

- 1.** Выберите контрольный образец – флакон с вакциной того же типа, тем же номером серии, того же производителя и из той же партии, что и вакцина, которую будете проверять (далее – контрольный флакон).
- 2.** Нанесите на контрольный флакон отметку «заморожен».
- 3.** Оставьте контрольный флакон на ночь при температуре минус 20 °С или до образования льда.
- 4.** Дайте содержимому контрольного флакона оттаять, при этом не разогревайте его самостоятельно.
- 5.** Выберите флакон из той части партии, которую предполагаете, что заморозили (далее – тестируемый флакон).
- 6.** Возьмите контрольный и тестируемый флаконы в одну руку и с силой встряхивайте 10–15 секунд.
- 7.** Разместите флаконы на столе или другой плоской поверхности, чтобы наблюдать за образованием осадка. Сделайте так, чтобы они одинаково освещались. Можете перевернуть их вверх дном или наблюдать на уровне шейки флакона.
- 8.** Если в тестируемом флаконе осадок рыхлый и образуется медленнее, чем в контрольном флаконе, а слой надосадочной жидкости тонкий, то вакцину из тестируемой партии не повредили и можете использовать.
- 9.** Если осадок образуется одинаковым образом и с одинаковой скоростью в тестируемом и контрольном флаконах или осадок в тестируемом флаконе образуется быстрее, чем в контрольном, то вакцину из тестируемой партии повредили и должны списать и уничтожить.

Обязательный инструктаж по работе с бактерицидными облучателями. Новые материалы для обучения

Предлагаем обучающие материалы для обязательного инструктажа для медсестер по работе с бактерицидными облучателями. Его подготовила эпидемиолог федерального онкоцентра по последним требованиям санитарного законодательства. Сможете разобраться с подчиненными, как избежать распространенных ошибок.

Проводите обучение медсестер и младшего персонала правильной работе с бакоблучателями при устройстве на работу, а затем раз в полгода. Если приобретаете и вводите в эксплуатацию новое оборудование, убедитесь, что все сотрудники знают, как его эффективно и безопасно использовать.

ПРИМЕР

В медцентре на протяжении нескольких лет эксплуатировали только закрытые бакоблучатели. Клиника приобрела мощную открытую ультрафиолетовую установку, чтобы быстро обрабатывать воздух и поверхности. Инструктаж и обучение не провели. Медсестра включила прибор, но не покинула кабинет. Итог – ожог сетчатки глаз.



Елизавета Дубель,
врач-эпидемиолог
НМИЦ онкологии
им. Н.Н. Блохина,
к. м. н.

Объясните технику безопасности

Работать в кабинете с включенным облучателем можно только в том случае, если это оборудование закрытого

типа. Такой облучатель не опасен для людей, поскольку бактерицидный поток распределяется в ограниченном замкнутом пространстве и не имеет выхода наружу.

Во время эксплуатации открытых и комбинированных облучателей помещение необходимо покинуть. У таких приборов прямой бактерицидный поток охватывает широкую зону в окружающем пространстве. Из-за него можно получить ожоги глаз, кожи и слизистых оболочек.



Комментарий практика

Марина Калмыкова, главная медицинская сестра
БУЗ ВО «Вологодская городская больница № 2»

Первичные инструктажи проводим при приеме на работу молодого специалиста или сотрудника из другой медорганизации. Также при перерыве в работе по специальности больше года, например после декретного и отпуска по уходу за ребенком. Периодические – по плану проведения инструктажей, но не реже одного раза в год.

Раньше инструктажи часто носили формальный характер, были неинтересны персоналу и неэффективны. Проводили их в период с 8:00 до 8:15, чтобы охватить максимальное количество сотрудников – 2 смены. Инструктаж был в форме лекции, не было заинтересованности сотрудников и контроля уровня полученных знаний. Сложно было обучить 100 процентов сотрудников, особенно в отделениях с круглосуточным режимом работы. В некоторых отделениях инструктажи проводили только «на бумаге», ограничивались

сбором подписей сотрудников в журнале регистрации инструктажей.

Теперь мы проводим инструктажи централизованно. В соответствии с планом работы Совета по сестринскому делу назначаем ответственных за проведение каждого инструктажа. Обычно это старшие медсестры отделений. Они выбирают сотрудников своего отделения и распределяют между ними разделы инструктажа. Медсестры готовят материал совместно, чтобы провести тематический периодический инструктаж для всего персонала больницы. Затем в соответствии с планом ответственные проводят его для небольших групп сотрудников со всех отделений больницы. Повторяют инструктаж не менее 7 раз. Это позволяет охватить персонал со сменным графиком работы, а также тех, кто находится в отпуске. Сотрудники могут выбрать наиболее удобный день и время, чтобы посетить инструктаж.

Важно

Оборудование, которое может вырабатывать озон, нельзя использовать в помещениях класса чистоты А. В таких кабинетах естественное проветривание недопустимо

На этапе установки оборудования отследите, чтобы кнопки включения стационарных открытых и комбинированных облучателей находились за пределами кабинетов. Если в клинике используют мощные передвижные УФ-облучатели – их эксплуатируют строго в соответствии с паспортом на медоборудование. У современных моделей также есть функция отложенного старта или дистанционное управление.

За пределами кабинетов, где используют открытые источники УФ-излучения, должны быть укладки с СИЗ для персонала. Что в них входит, смотрите в памятке ниже. Укладки персонал использует во внештатных ситуациях – когда требуется войти в помещение с работающим открытым или комбинированным бакоблучателем.

Разъясните, нужно ли проветривать помещения после сеанса УФ-облучения. Проветривать обязательно, если в помещении используют лампы, которые могут генерировать озон. Алгоритм действий, если обнаружили характерный запах озона при эксплуатации, – справа. В остальных случаях ориентируются на информацию в паспорте конкретной модели оборудования. Если производитель облучателя или УФ-лампы указал, что проветривание не нужно, им можно пренебречь. Это не повлияет на здоровье персонала.

Большинство современных бактерицидных ламп безозоновые. Их выполняют из специального стекла или

Памятка. Какие СИЗ входят в укладку для работы с открытыми и комбинированными бактерицидными облучателями

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| 1 Очки со светофильтрами | 3 Перчатки |
| 2 Лицевые маски | 4 Халаты с длинным рукавом |

Алгоритм действий, если обнаружили в кабинете запах озона

- ☑ Немедленно отключить питание бактерицидной установки от сети.
- ☑ Удалить людей из помещения.
- ☑ Включить вентиляцию или открыть окна. Проветривать, пока не исчезнет запах озона.

покрытия, которое пропускает бактерицидные УФ-лучи и одновременно поглощает излучение с длиной волны менее 200 нм. Именно из-за такого излучения может образовываться озон. В течение 100 первых часов работы безозоновых ламп может образовываться небольшое количество озона, но его концентрация в воздухе не превышает предельно допустимого уровня.

Проинструктируйте персонал по вопросам корректной эксплуатации облучателей

Как выбрать режим работы. Режим работы и продолжительность сеансов обеззараживания воздуха выбирают в зависимости от типа оборудования и вида помещения медорганизации. Традиционные бактерицидные облучатели открытого и комбинированного типов можно использовать в повторно-кратковременном режиме. При этом оборудование включают на 15–30 минут каждые два часа в течение рабочей смены.

В помещениях, где постоянно бывают люди, используют закрытые облучатели. Они функционируют в течение всего рабочего времени. Минимальная продолжительность сеанса работы рециркулятора – около часа. Точное время зависит от мощности оборудования, типа и объема помещения. Ориентироваться следует на паспорта и инструкции к медтехнике.

Нужно ли «давать отдохнуть» рециркулятору в помещениях, где медпомощь оказывают постоянно. Если в инструкции к закрытому облучателю не указали, что паузы в работе оборудования обязательны, их можно не делать. Рециркуляторы в палатах интенсивной терапии и реанимации, приемных отделениях стационаров,

К сведению

Необходимость включать УФ-облучатель после генуборки на 2 часа – это миф

как правило, отключают, только чтобы провести обслуживание и очистку.

Как долго продолжать сеанс УФ-облучения после генуборки. Чтобы обеззаразить воздух после генуборки, используют стационарные или передвижные бактерицидные облучатели. Время эффективного обеззараживания определяют в зависимости от модели оборудования, объема и типа кабинета. Например, в процедурном кабинете время облучения при помощи ОБН-150 может составлять 15 минут.

Нужно ли увеличивать продолжительность сеанса обеззараживания после того, как УФ-лампы отработали более половины нормативного срока службы. По словам производителей современного оборудования, мощность излучения соответствует норме в течение всего периода эксплуатации. Поэтому менять время, чтобы достичь эффективного обеззараживания воздуха, не надо.

Объясните, как обслуживать и обрабатывать оборудование

С какой периодичностью и в каком объеме производить обслуживание прибора, в том числе заменять фильтры и лампы, производитель отражает в паспортах и инструкциях. Также в инструкциях прописывают, как часто и каким способом удалять пыль с УФ-ламп бактерицидных облучателей. Обязайте подчиненных строго следовать документам.

Как заменять лампы. Максимальный срок эксплуатации УФ-ламп, как правило, – 8–9 тыс. часов. Чтобы заменить лампу медработникам нужна помощь технических специалистов. УФ-лампы, которые отработали свой ресурс или вышли из строя, – это медотходы класса Г, то есть токсикологически опасные. Их помещают в промаркированные емкости любого цвета, кроме желтого и крас-

Важно

Очищать наружные поверхности облучателей, а также лампы от пыли можно, только если прибор отключили от сети

ного, с плотно прилегающими крышками и доставляют в помещение временного хранения. Оттуда их вывозят на обезвреживание.

Как заменять фильтры. Воздушные фильтры устанавливают в рециркуляторы, чтобы защитить прибор от пыли и аэрозолей. Однако это необязательный элемент конструкции. Фильтры меняют регулярно, чтобы очистка воздуха была эффективной. Периодичность замены указывает производитель рециркулятора. Существуют модели облучателей, фильтры в которых медработники могут менять самостоятельно и не вызывать для этого техспециалистов. Обязайте персонал записывать, когда именно установили фильтр, чтобы не пропустить дату следующей замены.

Как обеззараживать поверхности. Во время генуборки поверхности бактерицидных облучателей моют и обеззараживают дезсредствами. Протирают лампы чаще всего сухой мягкой ветошью или салфетками, которые смочили 70-процентным этиловым спиртом. Иногда можно применять рабочие растворы дезсредств.

Разъясните, как заполнять журналы и учитывать работу

Сведения о работе бактерицидных облучателей фиксируют в журналах регистрации и контроля бактерицидных установок. Это необходимо, поскольку все бактерицидные установки имеют ограниченный срок службы. В журнале регистрации и контроля бактерицидных установок три раздела. Объясните подчиненным, что заполнять в каждом из них. Пример заполнения – в приложении. Используйте готовую видеоинструкцию, которую найдете в электронной версии на e.glavmeds.ru, чтобы обучить медсестер правильно заполнять журнал.

В первом разделе журнала указывают наименование и габариты помещения, номер и место расположения бак-

Важно

Информацию о работе облучателей фиксировать ежедневно обязательно, даже если у бактерицидного облучателя есть цифровой счетчик для фиксации отработанного времени источников излучения

терицидной установки. Также заносят номер и дату акта, которым аппарат ввели в эксплуатацию. В обязательном порядке отражают тип установки. Если для эксплуатации установки нужны СИЗ, это обязательно отражают в журнале. Кроме того, в первом разделе журнала указывают период замены ламп, которые отработали заявленный срок службы.

Во втором разделе отражают суммарное количество часов, которые отработала бактерицидная лампа за месяц. При этом данные вносят нарастающим итогом.

В третьем разделе журнала ведут ежедневный учет работы бактерицидной установки. Записывают дату, когда облучатель использовали, условия и объект обеззараживания. Так, если бакоблучатель закрытый, то объект обеззараживания – воздух. В этом же разделе указывают вид микроорганизма, по которому определяют, что обеззараживание некачественное, и режим облучения. Обязательно фиксируют время, когда прибор включили и выключили, и длительность облучения в указанный период.

Контролируйте, как персонал усвоил знания

Во время инструктажа раздайте сотрудникам пустые страницы из журнала регистрации и контроля работы бактерицидной установки, чтобы проконтролировать, как они его заполняют. В рамках внутренних аудитов устраивайте опросы, чтобы проконтролировать знания персонала по вопросам бактерицидного облучения в медорганизации.

Следите за тем, насколько качественно сотрудники ведут журнал в отделениях. Убедитесь, что записи вносят в журнал ежедневно и своевременно. Заполнять журналы на неделю вперед, оставлять пустые графы, ставить знаки со значением «повтор» недопустимо. При проверках такие нарушения выявляют чаще всего. Проверяйте, своевременно ли оформляют журнал регистрации инструктажей. В них должны расписаться все сотрудники отделения ●

Приложение

Журнал регистрации и контроля бактерицидных установок

Наименование и габариты помещения, номер и место расположения бактерицидной установки	<i>Процедурный кабинет терапевтического отделения № 1, площадь 25 м², высота стен 2,75 м Бактерицидная установка № 1</i>
Номер и дата акта ввода ультрафиолетовой бактерицидной установки в эксплуатацию	<i>Акт № 6 от 21.10.2018</i>
Тип ультрафиолетовой бактерицидной установки	<i>Облучатель закрытого типа (рециркулятор) «Дезар-3»</i>
Наличие средств индивидуальной защиты (лицевые маски, очки, перчатки)	<i>Не требуются</i>
Срок замены ламп (отработавших срок службы)	<i>Срок службы ламп – 9 тыс. часов. Замена производится в ближайший рабочий день по истечении данного срока</i>

Суммарное количество отработанных часов бактерицидной лампой по месяцам

Месяц, год	Количество часов
...	...
Январь 2020	7200
Февраль 2020	7400
Март 2020	7600
...	...

Ежедневный учет работы ультрафиолетовой бактерицидной установки

Дата	Условия обеззараживания (в присутствии или отсутствии людей)	Объект обеззараживания (воздух, поверхности)	Вид микроорганизма (санитарно-показательный или иной)	Режим облучения (непрерывный, повторно-кратковременный)	Время		Длительность облучения
					Вкл.	Выкл.	
...
10.03.2020	В присутствии людей	Воздух	Золотистый стафилококк	Непрерывный	8:00	16:00	8 часов
11.03.2020	В присутствии людей	Воздух	Золотистый стафилококк	Непрерывный	8:00	16:00	8 часов
12.03.2020	В присутствии людей	Воздух	Золотистый стафилококк	Непрерывный	8:00	16:00	8 часов
...							

Профилактика ИСМП при установке и уходе за катетерами. Инструктаж и СОПы для медсестер

Предлагаем инструктаж для медсестер по профилактике инфекций при установке и уходе за катетерами. Разберите с подчиненными на общем собрании, как правильно работать с мочевыми и сосудистыми катетерами с учетом требований санитарного законодательства. Разъясните, какие меры помогут снизить риск ИСМП после катетеризации. В приложении – СОПы для медсестер.



Ольга Бернатович,
старшая медицинская
сестра ГБУЗ
СО «Центральная
городская клиническая
больница № 6
г. Екатеринбурга»,
преподаватель
Медицинского
колледжа ФГБОУ
ВО УРГУПС

Разъясним, как работать с инструктажем. Первый и второй разделы используйте, чтобы разобрать вместе с медсестрами правила работы с сосудистыми и мочевыми катетерами соответственно. Объясните, как фиксировать установку катетера в истории болезни и правильно инспектировать место постановки. В третьем разделе – рекомендации для главной медсестры по профилактике ИСМП после инструктажа по работе с катетерами.

Как работать с сосудистыми катетерами

Соблюдайте требования к выбору вены и вида катетера. Обязательно учитывайте диаметр вены, необходимую скорость введения раствора, потенциальное время нахождения катетера в вене и свойства вводимого раствора (см. таблицу). По возможности используйте для катетеризации дистальные вены, мягкие и эластичные на ощупь.

Размеры периферических катетеров

Цвет	Размеры	Пропускная способность ПВК	Область применения
Оранжевый	14G (2,0 × 45 мм)	270 мл/мин	Быстрое переливание больших объемов жидкости или препаратов крови
Серый	16G (1,7 × 45 мм)	180 мл/мин	Быстрое переливание больших объемов жидкости или препаратов крови
Белый	17G (1,4 × 45 мм)	125 мл/мин	Переливание больших объемов жидкости или препаратов крови
Зеленый	18G (1,2 × 32–45 мм)	80 мл/мин	Пациенты, которым проводится переливание крови (эритроцитарной массы) в плановом порядке
Розовый	20G (1,0 × 32 мм)	54 мл/мин	Пациенты на длительной внутривенной терапии (от 2–3 л в сутки)
Голубой	22G (0,8 × 25 мм)	31 мл/мин	Пациенты на длительной внутривенной терапии, педиатрия, онкология
Желтый	24G (0,7 × 19 мм)	13 мл/мин	Онкология, педиатрия, тонкие, склерозированные вены
Фиолетовый	26G (0,6 × 19 мм)	12 мл/мин	Онкология, педиатрия, тонкие, склерозированные вены

Необходимо избегать при установке катетера близко расположенные к артериям или их проекциям вены, а также вены нижних конечностей и ранее катетеризированные.

Изучите СОПы по установке и уходу за катетерами, в них прописали все требования (приложения 1–4). При установке всех видов катетеров соблюдайте правила асептики.

Используйте прозрачные полупроницаемые повязки.

Так вы обеспечите ежедневный контроль и надежную фиксацию (рисунок 1). С помощью прозрачных полупроницаемых повязок медсестры могут наблюдать за местом установки и своевременно диагностировать нежелательные осложнения.

Важно

Чтобы снизить риск контаминации моче-приемника и не допустить рефлюкс мочи, емкость для сбора должна находиться ниже уровня кровати пациента, но выше уровня пола.

Рисунок 1. Полупроницаемая повязка для контроля и фиксации катетера

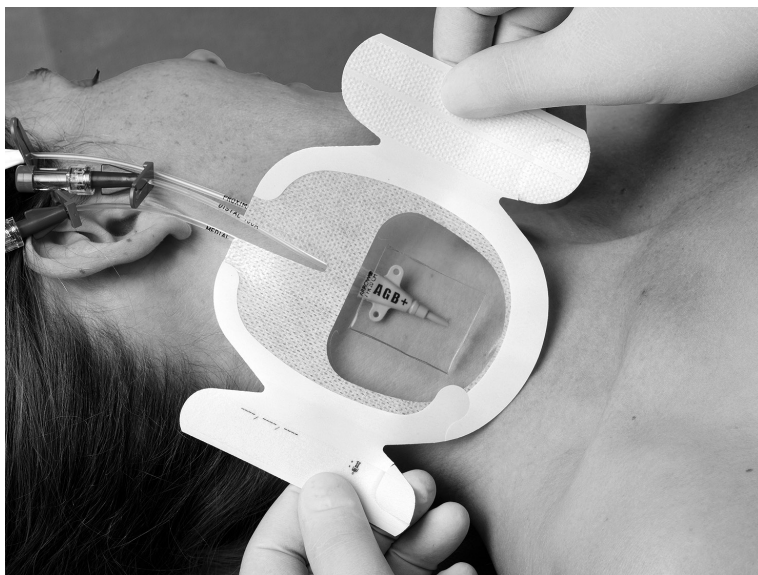


Рисунок 2. Адгезивная полупроницаемая повязка с антисептиком

У пациентов с длительными сроками постановки центральных венозных и артериальных катетеров используйте прозрачную адгезивную полупроницаемую повязку с антисептиком (рисунок 2).

Фиксируйте установку катетера в истории болезни. Обязательно указывайте место, дату постановки и удаления катетера. Ведите ежедневный учет катетеро-дней по отделению, чтобы рассчитывать показатели факторов риска ИСМП.

Инспектируйте место постановки катетера. Ежедневно проверяйте через неповрежденную прозрачную повязку участок кожи, где установили катетер. Также необходимо обеспечивать уход за катетером и делать отметку в истории болезни или в листе наблюдения (приложение 5). Проводите оценку флебитов и инфильтрации при необходимости.

Проинструктируйте медсестер, чтобы удаляли катетеры при признаках инфицирования. Например, если заметили гиперемию, болезненность при пальпации или лихорадку неясного генеза. В таких случаях необходимо направлять на бактериологическое исследование дистальный конец катетера, который находился в кровяном русле. Его длина должна быть не менее 5 см.

Как работать с мочевыми катетерами

Выполняйте новые требования по установке и уходу. В новых СанПиН прописали, что выполнять катетериза-

8 **правил** **асептики**

1. Вводите центральные катетеры чрескожно только в помещении с асептическим режимом.
2. Проводите хирургическую обработку рук перед манипуляцией.
3. Используйте стерильные СИЗ: маску, шапочку, халат, перчатки.
4. Накройте пациента стерильной простыней с отверстием для операционного поля.
5. Очистите операционное поле кожным антисептиком.
6. Не пальпируйте место постановки катетера.
7. Обрабатывайте руки спиртосодержащим кожным антисептиком перед любой манипуляцией с катетером и надевайте перчатки.
8. Используйте стерильные одноразовые шприцы для введения растворов через катетер.

цию мочевого пузыря необходимо по двое: одна медсестра непосредственно вводит катетер, а вторая ей ассистирует (п. 3819 СанПиН 3.3686–21). При уходе за постоянным мочевым катетером необходимо сначала вымыть промежность водой с жидким мылом и просушить полотенцем. Затем вымыть марлевой салфеткой и высушить проксимальный участок катетера на расстоянии 10 см. Осмотрите область уретры вокруг катетера, убедитесь, что моча не подтекает. Проверьте кожу промежности, нет ли признаков инфекции: гиперемия, отечность, мацерация кожи, гнойное отделяемое. Убедитесь, что трубка катетера приклеена пластырем к бедру и не натянута, а дренажный мешок прикреплен к кровати ниже ее плоскости. Изучите СОПы по установке мочевого катетера и уходу за постоянным катетером (приложения 6 и 7).

Соблюдайте асептические условия. Перед установкой катетера периуретральную область необходимо тщательно обрабатывать антисептиком на водной основе. Спиртосодержащие средства использовать нельзя. После установки зафиксируйте катетер, чтобы ограничить его подвижность. Замену катетеров производят по строгим показаниям. Например, в случае обструкции катетера или необходимости исследований с заполнением мочевого пузыря. Соблюдайте гигиеническую обработку рук,

4 риска

**возникновения
инфекции мочевы-
водящих путей**

1. Установили катетер не в асептических условиях.
2. Использовали нестерильные расходники.
3. Применили мочевые катетеры недопустимых размеров.
4. Нарушили процедуру катетеризации мочевого пузыря.

Совет

Пропишите в СОПах, в какой меддокументации персонал будет фиксировать установку и ежедневный уход за катетером

используйте стерильные перчатки и одноразовые стерильные катетеры по полу пациента и размеру.

Применяйте закрытые дренажные системы. Используйте для сбора мочи системы со специальным портом для взятия анализов. Так вы предотвратите нарушение целостности дренажной системы. Если таких систем в клинике нет, то мочу берут стерильным шприцем. Сумку при этом не отсоединяют. Для каждого пациента используют индивидуальные контейнеры.

Рекомендации для главной медсестры по профилактике ИСМП после обучения работе с катетерами

Разработайте чек-лист к каждому СОПу. Проанализируйте ошибки по чек-листу и определите навыки, которых не хватает персоналу для качественного и безопасного выполнения процедуры. Сделайте при обучении акцент на наиболее сложных для вашего персонала темах.

Обучайте медперсонал. Организуйте занятия по правилам работы с катетерами разного вида, технике постановки и ухода за ними. Например, вебинары, мастер-классы, кратковременные циклы повышения квалификации. Уделите внимание вопросу, как медсестры должны обрабатывать руки и какие асептические условия соблюдать на всех этапах эксплуатации катетера. Проводите практические занятия, на которых медсестры будут отрабатывать навыки на манекенах.

Контролируйте выполнение манипуляций. Предложите включить в план работы Комиссии по профилактике ИСМП обходы отделений. На таких обходах проверяйте по чек-листам, как медсестры выполняют манипуляции и фиксируют в меддокументах установку и уход за катетерами.

Проводите эпидемиологическое наблюдение. Ведите мониторинг инвазивных манипуляций: анализируйте данные о факторах риска возникновения ИСМП, отслеживайте эффективность применения СОПов и случаи заражений. Внутрисосудистые катетеры создают возможность прямого доступа микроорганизмов в системный кровоток и могут вызвать ИСМП. Более чем 15 процентов пациентов с установленным центральным венозным катетером получают осложнения, из них наиболее частыми являются инфекционные осложнения – от 5 до 26 процентов и механические повреждения катетера. У пациентов с уретральным катетером может возникнуть катетер-ассоциированная инфекция мочевыводящих путей. Такая инфекция составляет до 80 процентов всех осложненных инфекций мочевыводящих путей и остается наиболее распространенным типом внутрибольничной инфекции. Совместно с эпидемиологами медорганизации разбирайте каждый случай возникновения ИСМП, который связан с катетеризацией ●

Приложение 1

СОП: Промывание центрального сосудистого катетера (ЦВК)

Цель: стандартизация процедуры ухода за центральным венозным катетером (ЦВК).

Область применения

Где: палаты интенсивной терапии, РАО, отделения круглосуточного стационара.

Когда: после ведения лекарственных средств или инфузии, до и после забора крови.

Ответственность: ответственным лицом за проведение манипуляции в соответствии с требованиями СОП является процедурная медицинская сестра отделения. Контроль над соблюдением СОП осуществляет старшая медицинская сестра структурного подразделения.

Нормативно-справочная документация:

- Профилактика катетер-ассоциированных инфекций кровотока и уход за центральным венозным катетером (ЦВК). Федеральные клинические рекомендации // Национальная ассоциация специалистов по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (НП «НАСКИ»). – Москва, 2021.
- ГОСТ Р 52623.3-2015 «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода».
- Сборник технологий медицинских услуг / Общероссийская общественная организация «Ассоциация медицинских сестер России» / Общ. руководство В.А. Саркисовой. – СПб: ИПК «Береста», 2014. – 388 с.
- СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», раздел «Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи» прописаны требования к катетеризации вен и артерий (п. 3811-3817).
- СанПиН 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий», раздел X. Требования к обращению с отходами.

Ресурсы:

- Лоток.
- Стерильный пинцет.
- Одноразовый шприц 10 мл 1–2 шт.
- Одноразовые стерильные заглушки (по количеству просветов катетера).
- Стерильные марлевые тампоны.
- Стерильные перчатки.

- Спецодежда: маска, шапочка, халат.
- Спиртосодержащий антисептик для обработки кожи пациента и всех частей (соединений) катетера, включая канюлю ЦВК и сам катетер.

Лекарственные препараты:

1. Гепарин натрия 5 мл – 1 флакон.
2. Раствор натрия хлорида 0,9% 5,0–10,0 мл.

Данная процедура проводится медицинским работником в специально оборудованном кабинете, соответствующем требованиям СанПиН 3.3686-21: Кожный антисептик и жидкое мыло в локтевых дозаторах, диспенсер с одноразовыми полотенцами, непромокаемый контейнер для отходов класса Б, тележка-стойка с закрепленным пакетом для отходов класса Б, педальное ведро с пакетом для отходов класса А, многоразовый диспенсер с рулонами салфеток для дезинфекции поверхностей.

При невозможности проводить данную манипуляцию в процедурном кабинете, она проводится в палате, но с соблюдением всех требований асептики и антисептики.

Основная часть СОП

Подготовка к процедуре:

1. Представиться, идентифицировать пациента по медицинским документам (спросить Ф. И. О. полностью, дату рождения).
2. Объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру.
3. Надеть маску и медицинскую шапочку.
4. Приготовить все необходимое для данной процедуры на манипуляционном столике, поместить его вблизи от места проведения манипуляции.
5. Предложить пациенту занять или помочь ему занять удобное положение: лежа на спине, без подушек, голову отвернуть в противоположную сторону.
6. Освободить от одежды место установки катетера.
7. Обработать руки гигиеническим способом.
8. Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика.
9. Надеть стерильные перчатки.
10. Набрать в шприц объемом 10 мл 5 мл раствора 0,9% натрия хлорида. В случае постановки «гепаринового замка» при ЦВК дополнительно подготовить шприц объемом 10 мл с гепаринизированным раствором (0,1 мл гепарина на 10 мл 0,9% р-ра натрия хлорида, то есть 50 ЕД/1 мл) в объеме, равному внутреннему объему внутривенного катетера.

Примечание: При ЦВК постановка «гепаринового замка» катетера проводится после окончания инфузии, при условии отсутствия инфузии в течение дня – через 6–12 ча-

сов. Во время проведения инфузии при взятии крови до и после забора используется 5–10 мл 0,9% р-а натрия хлорида без «гепаринового замка».

Выполнение процедуры:

1. Закрывать линии ЦВК специальными зажимами, которые входят в комплект катетера. Если зажима нет – попросить пациента сделать вдох, задержать дыхание. Заглушки для ЦВК стерильные и одноразовые. При закрытии катетера использовать новую стерильную заглушку.
2. Обработать разъем катетера стерильной салфеткой, смоченной в антисептике, – 15 вращательных движений.
3. Если ранее в катетер был введен «гепариновый замок», то необходимо вытянуть его, присоединив шприц объемом 10 мл с 0,9% раствором натрия хлорида (5 мл) и потянув его на себя (появилась кровь).
4. Для того чтобы убедиться, что проходимость катетера не нарушена: присоедините новый шприц объемом 10 мл с 0,9% раствором натрия хлорида (5 мл), открыть зажим и потянуть легко поршень на себя, ввести содержимое шприца, закрыть зажим.

В случае отсутствия крови при удалении «гепаринового замка» и (или) затруднении прохождения раствора при нажатии на поршень вызвать врача.

5. Для постановки «гепаринового замка» соединить шприц 10 мл с гепаринизированным раствором с катетером, снять зажим и ввести гепаринизированный раствор в объеме, равном внутреннему объему просвета катетера (не более), закрыть зажим.

Примечание: Данный объем необходимо уточнить заблаговременно (объем каждого из просветов указан на упаковке ЦВК).

6. Обработать разъем катетера стерильной салфеткой, смоченной в антисептике, – 15 вращательных движений.
7. Закрывать просвет катетера новой стерильной заглушкой, не прикасаясь к внутренней части заглушки и коннектора катетера.

Завершение процедуры:

1. Использованный материал поместить в непромокаемый пакет для отходов класса Б.
2. Снять перчатки, положить их в непромокаемый пакет для отходов класса Б.
3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
4. Уточнить у пациента его самочувствие.
5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.

Достижимые результаты и их оценка

Катетер промыт, при необходимости поставлен «гепариновый замок», проходим, повязка заменена, раздражения воспаления под повязкой не наблюдается.

Параметры оценки и контроля качества выполнения методики:

- Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации.
- Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения).
- Отсутствие осложнений.
- Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
- Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии.

Распределение данного СОПа

Экземпляр Подразделение

Оригинал Главная медсестра

Копия Старшие медсестры отделений, рабочее место сотрудника

Ответственные исполнители ознакомлены и обязуются исполнять:

№ п/п	Фамилия	Подпись	Дата

Приложение 2

СОП: Смена повязки для центрального сосудистого катетера (ЦВК)

Цель: стандартизация процедуры ухода за центральным венозным катетером (ЦВК).

Область применения

Где: палаты интенсивной терапии, РАО, отделения круглосуточного стационара.

Когда:

- не позднее чем через 12 часов, если катетер установлен в экстренном порядке;
- при отсутствии признаков воспаления период определяется согласно инструкции к фиксирующей прозрачной повязке;
- незамедлительно при отклеивании, загрязнении, намокании повязки.

Ответственность: ответственным лицом за проведение манипуляции в соответствии с требованиями СОП является процедурная медицинская сестра отделения. Контроль над соблюдением СОП осуществляет старшая медицинская сестра структурного подразделения.

Нормативно-справочная документация:

- Профилактика катетер-ассоциированных инфекций кровотока и уход за центральным венозным катетером (ЦВК). Федеральные клинические рекомендации // Национальная ассоциация специалистов по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (НП «НАСКИ»). – Москва, 2021.
- ГОСТ Р 52623.3-2015 «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода».
- СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», раздел «Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи» прописаны требования к катетеризации вен и артерий (пп. 3811–3817).
- СанПиН 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий», раздел X. Требования к обращению с отходами.

Ресурсы:

- Лоток.
- Стерильный пинцет.
- Стерильные марлевые тампоны.
- Самоклеющаяся стерильная повязка.
- Стерильная пеленка.
- Пластырь.

- Стерильные перчатки.
- Спецодежда: маска, шапочка, халат.
- Спиртосодержащий антисептик для обработки кожи пациента и всех частей (соединений) катетера, включая канюлю ЦВК и сам катетер.
- 0,5% спиртовой раствор хлоргексидина.
- 70% этиловой спирт.

Данная процедура проводится медицинским работником в специально оборудованном кабинете, соответствующем требованиям СанПиН 3.3686-21.

Кожный антисептик и жидкое мыло в локтевых дозаторах, диспенсер с одноразовыми полотенцами, непромокаемый контейнер для медотходов класса Б, тележка-стойка с закрепленным пакетом для медотходов класса Б, педальное ведро с пакетом для медотходов класса А, многоразовый диспенсер с рулонами салфеток для дезинфекции поверхностей.

При невозможности проводить данную манипуляцию в процедурном кабинете она проводится в палате, но с соблюдением всех требований асептики и антисептики.

Основная часть СОП

Подготовка к процедуре:

1. Представиться, идентифицировать пациента по медицинским документам (спросить Ф. И. О. полностью, дату рождения).
2. Объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру.
3. Надеть маску и медицинскую шапочку.
4. Приготовить все необходимое для данной процедуры на манипуляционном столе, поместить его вблизи от места проведения манипуляции.
5. Предложить пациенту занять или помочь ему занять удобное положение: лежа на спине, без подушек, голову отвернуть в противоположную сторону.
6. Освободить от одежды место установки катетера.
7. Обработать руки гигиеническим способом.
8. Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика.
9. Надеть стерильные перчатки.

Выполнение процедуры:

1. Осмотреть и пропальпировать место входа катетера в кожу сквозь неповрежденную повязку для выявления признаков воспаления – припухлость, болезненность, гиперемия, выделение экссудата.

Примечание: При наличии признаков воспаления вызвать врача.

2. Снять повязку, заворачивая ее параллельно коже (не тянуть вверх), медленно и желательно по росту волос, для профилактики возникновения повреждений кожи вокруг места входа катетера в кожу.
3. Положить снятую повязку в непромокаемый пакет для медотходов класса Б.
4. Снять использованные перчатки и положить в непромокаемый пакет для медотходов класса Б.

Недопустимо обрабатывать перчатки антисептиком! Это нарушит их барьерные свойства.

5. Надеть стерильные перчатки.
6. Визуально убедиться, что катетер не смещен (по метке).
7. Обработать кожу вокруг катетера кожным антисептиком: стерильным марлевым шариком с помощью стерильного пинцета от центра к периферии.
8. Обработать все части (соединения), включая канюлю, и сам катетер антисептиком: стерильным марлевым шариком.
9. Дождаться полного высыхания антисептика.
10. Наложить прозрачную стерильную повязку так, чтобы место входа катетера в кожу было в центре прозрачного окна (для обеспечения визуального контроля места входа катетера в кожу). Дополнительно закрепить линии катетера (при необходимости).

Завершение процедуры:

1. Использованный материал поместить в непромокаемый пакет для отходов класса Б.
2. Снять использованные перчатки, положить их в непромокаемый пакет для отходов класса Б.
3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
4. Уточнить у пациента его самочувствие.
5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.

Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики:

- При смене повязки у пациентов с чувствительной кожей рекомендуется нанести стерильное барьерное средство для защиты кожи вокруг места установки сосудистого катетера и дождаться полного его высыхания.
- Выбор повязки необходимо осуществлять с учетом предрасполагающих к развитию инфекции факторов: длительность стояния ЦВК свыше трех суток; сниженный иммунный статус (онкологические пациенты и т. д.); повышенный риск колонизации катетера, то рекомендуется выбирать прозрачную полиуретановую повязку, содержащую гелевую подушечку с хлоргексидином. Для прочих случаев – оптимальным выбором является обычная прозрачная полиуретановая повязка.
- Если наблюдается кровоточивость вокруг места входа катетера в первые сутки после его введения – допустимо использование нетканой повязки с впитывающей подушечкой, которая подлежит замене на прозрачную через 24 часа.

- Замена прозрачных полиуретановых повязок на ЦВК производится каждые 3–7 суток в соответствии с рекомендациями производителя (при условии, что фиксация не нарушена, нет выделений, сохранен обзор).
- Визуальный осмотр места установки сосудистого катетера проводить не реже 2 раз в сутки (в отделении анестезиологии-реанимации постоянно).

Достигаемые результаты и их оценка

Повязка заменена, раздражения, воспаления под повязкой не наблюдается.

Параметры оценки и контроля качества выполнения методики:

- Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации.
- Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения).
- Отсутствие осложнений.
- Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
- Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии.

Распределение данного СОПа

Экземпляр Подразделение
Оригинал Главная медсестра
Копия Старшие медсестры отделений, рабочее место сотрудника

Ответственные исполнители ознакомлены и обязуются исполнять:

№ п/п	Фамилия	Подпись	Дата

Приложение 5

Лист наблюдения за катетеризированным пациентом

Пациент _____ Отделение _____

Дата постановки катетера ____ // ____ // ____

Дата удаления катетера ____ // ____ // ____ Количество катетеро-дней _____

Причина удаления катетера (отметить нужное):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> окончание терапии | <input type="checkbox"/> признаки локального воспаления в месте введения катетера |
| <input type="checkbox"/> окклюзия катетера | <input type="checkbox"/> системные признаки инфицирования катетера |
| <input type="checkbox"/> повреждение целостности катетера | <input type="checkbox"/> другое _____ |
| <input type="checkbox"/> дислокация катетера | |
| <input type="checkbox"/> экстравазация | |

Ежедневная процедура/ манипуляция	Дата									
Необходимость в венозном доступе через ЦВК										
Покраснение в месте стояния катетера: да/нет										
Болезненность при пальпации места пункции: да/нет										
Наличие отделяемого в месте стояния катетера: да/нет										
Характер отделяемого Взят посев: да/нет										
Промывание катетера 0,9% NaCl	06:00									
	10:00									
	14:00									
	18:00									
	22:00									
Смена повязки: да/нет										
Подпись врача										
Подпись м/с										

Приложение 6

СОП: Постановка мочевого катетера (мужчине и женщине)

Катетеризация – это введение катетера в мочевой пузырь для выведения из него мочи с лечебной и диагностической целью и промывания мочевого пузыря.

Показания для катетеризации мочевого пузыря

1. Острая задержка мочи. Эвакуация мочи при нарушении самостоятельного мочеиспускания.
2. Промывание мочевого пузыря.
3. Введение в мочевой пузырь лекарственных препаратов.
4. Взятие мочи с целью лабораторного исследования.

Цель: стандартизация процедуры постановки мочевого катетера (мужчине и женщине).

Область применения:

Где: отделения круглосуточного стационара, палаты ПИТ и РАО.

Когда: по назначению врача.

Ответственность: ответственным лицом за проведение манипуляции в соответствии с требованиями СОП является медицинская сестра отделения. Контроль над соблюдением СОП осуществляет старшая медицинская сестра структурного подразделения.

Нормативно-справочная документация:

- ГОСТ Р 52623.3-2015 «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода».
- СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», раздел «Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи» прописаны требования к катетеризации вен и артерий (пп. 3811–3817).
- СанПиН 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий», раздел X. Требования к обращению с отходами.

Ресурсы:

- Стерильный катетер, стерильные пинцеты, стерильный корнцанг.
- Стерильный перевязочный материал.
- Раствор фурацилина 1:5000, стерильный глицерин или вазелиновое масло.
- Одноразовый шпатель, шприц одноразовый 10 мл.
- Лоток, судно, мочеприемник.

- Стерильные перчатки.
- Клеенка, пеленка.
- Емкости для отработанного материала.

Основная часть СОП

Подготовка к процедуре:

1. Представиться, произвести идентификацию пациента на основании медицинской документации (спросить Ф. И. О. полностью, дату рождения).
2. Информировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
3. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.
4. Провести гигиеническую обработку промежности и наружных половых органов пациента (см. СОП).
5. Постелить на кушетку или кровать клеенку, впитывающую пеленку.
6. Приготовить все необходимое для выполнения процедуры.
7. Обработать руки гигиеническим уровнем.
8. Надеть перчатки.

Выполнение процедуры у мужчин:

1. Помочь пациенту принять удобное положение (лежа на спине).
2. Поставить между бедрами пациента емкость для сбора мочи.
3. Поместить салфетку на половой член. Сдвинуть крайнюю плоть и обнажить головку полового члена.
4. В правую руку взять пинцет со стерильной салфеткой, смоченной антисептическим раствором. Обработать головку полового члена вокруг наружного отверстия мочеиспускательного канала. Затем промокнуть эту область сухой стерильной салфеткой; повторить этот этап дважды.
5. Взять пинцетом катетер вблизи кончика, на расстоянии 5–6 см от бокового отверстия, а наружный конец катетера удерживать между 4-м и 5-м пальцами той же руки.
6. Смазать конец катетера стерильным подсолнечным или вазелиновым маслом.
7. Ввести конец катетера в отверстие мочеиспускательного канала и постепенно, перехватывая катетер, продвигать его по каналу глубже, а половой член подтягивать вверх, как бы натягивая его на катетер; если при продвижении катетера возникает препятствие, предложить пациенту расслабиться.
8. Появившуюся мочу направить в емкость для сбора мочи.
9. При ослаблении струи осторожно извлечь катетер из мочеиспускательного канала, чтобы вытекающая моча омыла края уретры.

Выполнение процедуры у женщин:

1. Помочь пациентке принять удобное положение (лежа на спине).
2. Поставить между бедрами пациентки емкость для сбора мочи.
3. 1-м и 2-м пальцами левой руки развести большие и малые половые губы.

4. В правую руку взять пинцет со стерильной салфеткой, смоченной антисептическим раствором. Обработать последовательно большие, затем малые половые губы и отверстие мочеиспускательного канала. Затем промокнуть эту область сухой стерильной салфеткой; повторить этот этап дважды.
5. Взять пинцетом катетер вблизи кончика, на расстоянии 3–4 см от бокового отверстия, а наружный конец катетера удерживать между 4-м и 5-м пальцами той же руки.
6. Смазать конец катетера стерильным подсолнечным или вазелиновым маслом.
7. Развести 1-м и 2-м пальцами левой руки малые половые губы, обнажив отверстие мочеиспускательного канала и ввести катетер на глубину 3–5 см.
8. Появившуюся мочу направить в емкость сбора мочи.
9. При ослаблении струи осторожно извлечь катетер из мочеиспускательного канала, чтобы вытекающая моча омыла края уретры.

Окончание процедуры:

1. Пеленку поместить в контейнер для отходов класса Б.
2. Клеенку обработать дезинфицирующим раствором.
3. Катетер и шприц поместить в контейнер для отходов класса Б.
4. Снять перчатки и поместить в емкость контейнер для отходов класса Б.
5. Обработать руки гигиеническим уровнем.
6. Сделать отметку о результатах выполнения процедуры.

Параметры оценки и контроля качества выполнения методики:

- соблюдение технологии выполнения манипуляции;
- своевременность выполнения процедуры;
- отсутствие осложнений;
- обеспечение инфекционной безопасности проведения процедуры;
- наличие записи о выполнении назначения в медицинской документации;
- удовлетворенность пациента качеством проведения процедуры;
- удовлетворенность врача качеством проведенной манипуляции.

Распределение данного СОПа

Экземпляр Подразделение

Оригинал Главная медсестра

Копия Старшие медсестры отделений, рабочее место сотрудника

Ответственные исполнители ознакомлены и обязуются исполнять:

№ п/п	Фамилия	Подпись	Дата