



Сестринское дело: алгоритмы по уходу за пациентами

«АКТИОН» Медицина



Система
Главная
медсестра

Авторы-составители:



Ольга Бернатович, старшая медицинская сестра МБУ «Центральная городская клиническая больница № 6», Екатеринбург, ассистент кафедры Управления сестринской деятельностью ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»



Юлия Бурковская, научный сотрудник ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения г. Москвы», заместитель гендиректора НП «Ассоциация специалистов с высшим сестринским образованием»



Дмитрий Маленков, сердечно-сосудистый хирург ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России

С использованием рекомендаций Минздрава, Минтруда, ОСП «Российский геронтологический научно-клинический центр» ФГБОУ УВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения РФ, ООО «Желтый Крест», Общероссийской общественной организации «Российский Красный Крест», Общероссийской общественной организации «Российская ассоциация геронтологов и гериатров»

Содержание

ГЛАВА I. УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ СО СТОМАМИ

- 4 Пособие при гастростоме
- 4 Пособие при илеостоме
- 5 Пособие при колостоме
- 6 Осложнения при гастростоме
- 9 Осложнения при илеостоме и колостоме

ГЛАВА II. УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ С КАТЕТЕРАМИ И ЗОНДАМИ

- 15 Уход за периферическим и центральным венозным катетером
- 27 Уход за назогастральным зондом
- 31 Осложнения при уходе за периферическим венозным катетером
- 33 Осложнения при уходе за центральным сосудистым катетером
- 34 Осложнения при уходе за назогастральным зондом

ГЛАВА III. УХОД ЗА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ПАЦИЕНТАМИ

- 36 Как наблюдать за послеоперационными пациентами

- 37 Как подготовить послеоперационную палату
- 38 Как перевести пациента в палату
- 39 Как кормить прооперированного пациента
- 40 Как избежать послеоперационных осложнений

ГЛАВА IV. УХОД ЗА ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМИ И МАЛОМОБИЛЬНЫМИ ПАЦИЕНТАМИ

- 45 Какие средства реабилитации использовать
- 45 Как проводить утренний или вечерний туалет ограниченно мобильных пациентов
- 57 Как мыть тело обездвиженного пациента

ГЛАВА V. ПРОФИЛАКТИКА ПРОЛЕЖНЕЙ

- 58 Определите стадию развития пролежней
- 60 Оцените риск развития пролежней
- 67 Выберите противопролежневый матрац
- 68 Выберите средства и методы ухода
- 68 Не применяйте запрещенные средства
- 72 Организуйте школу ухода за пациентом

Глава I.

Уход за пациентами со стомами

Алгоритмы, по которым медсестры должны выполнять манипуляции, составлены в соответствии с требованиями ГОСТов. Обучите медсестер особенностям работы, которые не учитывают стандартные алгоритмы.

Пособие при гастростоме

Медсестра должна очистить участок кожи вокруг стомы и под фиксирующим кольцом с помощью антисептика – мирамистина или хлоргексидина – и стерильных салфеток.

Затем просушить кожу и фиксирующее кольцо. В первое время после установки стомы повторять эту процедуру нужно минимум два раза в сутки. После заживления достаточно одного раза в сутки.

Дважды в неделю нужно передвигать вдоль трубки вверх-вниз предохранительный зажим, чтобы он не сдавливал ее.

Пособие при илеостоме

В ходе операции с наложением илеостомы часть тонкой кишки выводится на поверхность живота. Илеостома формируется при поражении или удалении большей части толстой кишки и располагается обычно на животе справа.

При илеостоме стул жидкий, а поскольку у стомы нет мышц, контролирующих опорожнение, кал необходимо собирать в калоприемник.

Пособие при колостоме

В процессе операции с наложением колостомы на поверхность живота выводится часть толстой кишки. Колостома обычно накладывается в левой части живота. При колостоме стул полуформленный или твердый, кал необходимо собирать в калоприемник.

Виды калоприемников. При выборе калоприемника нужно учитывать локализацию стомы, ее тип, форму и размер, состояние кожного покрова, показания и противопоказания.

Однокомпонентные (недренируемые, закрытые) мешки

Преимущества: возможность быстро заменять, простота использования.

Недостатки: пакет невозможно опорожнить, он одnorазовый. Из-за частой смены однокомпонентного калоприемника травмируется кожа и развивается дерматит.

Показания: этот тип систем подходит при выведенной колостоме или сигмостоме у пациентов с оформленным стулом.

Противопоказания: параколостомическая грыжа и дерматит, воспаление кожи вокруг стомы.

Однокомпонентные калоприемники с дренируемыми (открытыми) мешками

Преимущества: возможность опорожнения, более редкая необходимость замены.

Недостатки: необходимы более сложные санитарно-гигиенические условия для смены калоприемника.

Показания: илеостома, колостома, осложненная параколостомической или параилеостомической грыжей стома. Подходит для пациентов с жидким стулом.

Противопоказания: сужение просвета стомы с необходимостью бужирования, реактивное воспаление кожи.

Двухкомпонентный калоприемник с фланцевым креплением мешка и пластины

Преимущества: можно опорожнять мешок по мере необходимости. Благодаря этому не травмируется кожа и калоприемник более комфортен для длительного использования.

Недостатки: невозможно зафиксировать на изогнутых поверхностях при параколостомических грыжах, у детей. При нарушении правил эксплуатации может появляться неприятный кишечный запах из-за негерметичного прилегания. Двухкомпонентный калоприемник имеет больший объем, чем однокомпонентный, из-за чего заметен под одеждой.

Показания: состояние после илеостомии, колостомии, раздражение кожного покрова вокруг отверстия.

Противопоказания: изогнутые поверхности, параколостомическая грыжа.

Двухкомпонентный калоприемник с адгезивным (клеевым) соединением мешка и пластины

Преимущества: кожа не повреждается при частой замене, устройство не выделяется под одеждой.

Недостатки: сравнительная сложность отсоединения мешка от пластины по сравнению с фланцевым.

Показания: илеостома, колостома, перистомальный дерматит.

Противопоказаний к использованию нет.

Осложнения при гастростоме

При гастростоме может возникнуть четыре типа осложнений: покраснение, закупорка, гипергрануляция и подтекание из гастростомического отверстия.

Покраснение кожи вокруг гастростомы. Воспаление может возникнуть в результате бактериальной или грибковой инфекции. Признаки инфекции: эритема,

отек, болезненность, гнойное отделяемое, плохой запах, лихорадка. У пациента может быть один или несколько симптомов.

О покраснении необходимо сообщить лечащему врачу. По назначению врача обработать кожу вокруг отверстия мирамистином или хлоргексидином и нанести на зону покраснения мазь «Левомеколь» или «Банеацин». Повторять два-три раза в день до исчезновения покраснения.

Необходимо взять мазок на флору и чувствительность к антибиотикам. При поверхностной инфекции врач прописывает крем или мазь с антибиотиками бактерицидного действия, например, с неомицином, бацитрацином. При необходимости добавляет противогрибковый препарат. При глубокой инфекции – системные антибиотики и противогрибковые лекарства.

Закупорка гастростомы. Возникает из-за остатков пищи, питательной смеси или лекарств в гастростомической трубке, если медсестры нарушают алгоритм питания через гастростому. Например, забывают промывать водой после кормления и приема лекарств.

При частичной закупорке гастростомы необходимо промыть ее теплой кипяченой водой. При полной или частичной закупорке, если промывание водой неэффективно, – медсестра должна развести в воде и ввести в трубку на 30–90 минут панкреатин. Если невозможно разблокировать гастростому, ее нужно заменить.

Для профилактики медсестры должны промывать гастростомическую трубку водой в объеме 30–60 мл до и после кормления и использовать лекарственные формы, которые не «забивают» трубку.

Грануляция. Признаки грануляции – розово-красный пупырчатый кант, «плюс-ткань», слизистое отделяемое, иногда – подкравливание.

О грануляции необходимо сообщить лечащему врачу. По назначению врача использовать мазь со стероидными

гормонами, например, «Акридерм», «Белодерм», «Целестодерм», «Бетлибен», или комбинированную с гормонами, антибиотиками и противогрибковыми препаратами, например, «Тридерм», «Канизон плюс», «Акридерм ГК».

Медсестра должна аккуратно обмыть грануляцию прохладной кипяченой водой, просушить. Затем обработать бесспиртовым антисептиком, например, мирамистином, дождаться высыхания. После этого обильно нанести ватной палочкой мазь с бетаметазоном на края гастростомы и грануляцию.

При необходимости положить тонкую нетканую салфетку между грануляцией и наружным фиксатором гастростомической трубки. Заклеивать пластырем нельзя. Процедуру необходимо повторять два раза в день, курс лечения – минимум 10–14 дней.

Если грануляция инфицировалась, появилось гнойное отделяемое, первые три дня нужно пролечить мазью с антибиотиком, накладывая ее два раза в день. Потом использовать комбинированную мазь с гормоном, антибиотиком и противогрибковым препаратом.

Подтекание из гастростомического отверстия. Если появилось подтекание, медсестра должна проверить наружное крепление, глубину, правильность установки и целостность гастростомической трубки, состояние и наполнение баллона, если он есть. Проверить объем желудка – при необходимости перед кормлением извлечь шприцем лишний воздух. Исключить давление на желудок извне, в том числе запор.

При подтекании, которое возникло из-за нарушения целостности гастростомы или несоответствия диаметра гастростомы диаметру трубки, нужно заменить гастростомическую трубку.

Медсестра должна подобрать оптимальное положение пациента при кормлении, чтобы улучшить опорожнение желудка, уменьшить его объем и давление при введении пищи.

Осложнения при илеостоме и колостоме

При илеостоме и колостоме может возникнуть семь типов осложнений.

Нарушение герметичности стомы. Есть пять причин, по которым герметичность стомы может быть нарушена.

Плохое приклеивание к коже около стомы. Меры профилактики: медсестра должна удостовериться, что кожа около стомы сухая и чистая. При смене калоприемника следует прижимать наклеиваемый пакет к коже теплой рукой и придерживать 1–2 минуты.

Неправильно подобранный размер отверстия калоприемника. Содержимое может подтекать под клеевую пластину, если размер стомы изменился, например из-за изменения веса пациента, а размер вырезанного отверстия остался прежним. Меры профилактики: медсестра должна следить, чтобы размер отверстия соответствовал размеру стомы и своевременно изменять отверстия.

Изгибы поверхности кожи или складки в месте наклеивания калоприемника. Меры профилактики: следует проконсультироваться с врачом. Он может рекомендовать другой тип калоприемника или специальные средства, исключающие протекание.

Раздражение кожи или складки в месте наклеивания калоприемника. Раздражение кожи вблизи колостомы может быть причиной плохого приклеивания калоприемника. Меры профилактики: медсестра должна тщательно обрабатывать кожу около стомы и правильно менять калоприемник.

Нерегулярное опорожнение калоприемника. Меры профилактики: необходимо опорожнять калоприемник, если

он заполнен на 1/3 или 1/2 объема. Если не соблюдать это правило, содержимое может попасть под клеевой слой, из-за чего калоприемник будет отклеиваться.

Кожные осложнения. Для профилактики повреждений в области кишечной стомы необходимо защищать окружающую стому кожу с помощью современных адгезивных калоприемников и средств ухода. Желательно использовать двухкомпонентные калоприемники, которые благодаря смене один раз в три-пять дней обеспечивают щадящий уход и лечебный эффект при поражении кожи вокруг стомы. Калоприемники и перевязочные средства на гидроколлоидной основе способствуют «влажному заживлению».

Для лечения и профилактики кожных осложнений пациента или его родственников нужно научить пользоваться средствами ухода.

Контактный дерматит. Дерматит появляется из-за механического раздражения, например частой смены калоприемников, неосторожной обработки кожи, или химического воздействия кишечного отделяемого или мочи при протекании под пластину. Проявляется как покраснение, пузырьки, трещинки, мокнущие, сочащиеся язвочки на коже около стомы. Раздражение кожи вызывает зуд, жжение, иногда сильные боли.

Меры профилактики: необходимо исключить механические повреждения кожи, медсестра должна аккуратно отклеивать калоприемник, ухаживать за стомой с помощью мягких материалов. Нужно исключить химическое воздействие на кожу – предотвратить протекание кишечного отделяемого, ухаживать за кожей с помощью нейтральных средств. Желательно использовать двухкомпонентные калоприемники.

Рекомендации по обработке кожи дает врач в зависимости от степени повреждения. При эритеме нужно наносить на поврежденный участок кожи защитный

крем или пленку, при мацерации или эрозии – ранозаживляющий, абсорбирующий порошок, также можно использовать 0,5–1%-ный раствор бриллиантовой зелени для подсушивания кожи. При выраженном поражении рекомендуется 1–2 раза нанести гидрокортизоновую мазь или эмульсию. При язве – ранозаживляющий порошок, пасту, гидроколлоидную пластину. Также необходима регуляция стула пациента.

Фолликулит. Воспаление волосяных луковиц развивается из-за неправильного ухода.

Меры профилактики: лишние волосы необходимо состригать, но не сбривать, недопустимо резко сдергивать клейкую пластину, чтобы не травмировать кожу, при каждой замене калоприемника зону вокруг отверстия необходимо обрабатывать местными антисептиками. Желательно использовать двухкомпонентные калоприемники.

При воспалении пациент должен принимать антибиотики. Необходимо провести иммуностимулирующую терапию, витаминотерапию.

Гипергрануляция кожи. Грануляция – естественный процесс заживления раны, но при постоянной травматизации появляются избыточные разрастания, нарушающие герметичность прилегания калоприемника. Кроме этого, процессы гиперплазии часто осложняются болью, кровотечением, воспалением.

Меры профилактики: медсестра должна аккуратно вырезать отверстия в пластине, чтобы их края не травмировали слизистую и кожу вокруг стомы. Желательно использовать двухкомпонентные калоприемники. При выраженных симптомах – боли, кровотечении, протекании – грануляцию нужно удалять прижиганием. Для этого можно использовать ляписный карандаш, электрокоагуляцию. Поверх грануляций нужно использовать пасту-герметик.

Гангренозная пиодермия. Прогрессивный некроз кожи неизвестной этиологии наблюдается при язвенном колите и болезни Крона.

Меры профилактики: необходима хирургическая обработка раны, пустулы или язвы под местной анестезией. Врач прописывает локальное применение стероидных препаратов (обезжиренного состава) или иммунодепрессивных средств, например такролимуса, в сочетании с альгинатными повязками с серебром. Необходимо использовать гидроколлоидные повязки и двухкомпонентные системы калоприемников.

Ретракция стомы. Расположение стенки кишки ниже уровня кожи, циркулярное или частичное.

Факторы риска и причины развития осложнения: недостаточная длина сегмента кишки, выводимого на переднюю брюшную стенку, и его натяжение; нарушение кровообращения и некроз стомы; плохое приживление кишки из-за истощения, длительной гормональной терапии, химиотерапии и лучевого лечения; неадекватная фиксация кишки к коже; вскрытие парастомальной патологической полости, например, гнояника, гематомы, серомы.

Меры профилактики: медсестра должна объяснить пациенту, что увеличение его веса может привести к тому, что кишечное содержимое из-за нарушения герметизации будет свободно поступать под клеящийся слой калоприемника и спровоцирует контактный дерматит. Желательно использовать двухкомпонентные калоприемники со специальными конвексными пластинами и поясом, улучшающим фиксацию. На выпуклой поверхности можно использовать однокомпонентную систему в сочетании с адгезивной пастой-герметиком или адаптационным кольцом. В тяжелых случаях может потребоваться повторное хирургическое вмешательство.

Пациента с сигмостомой нужно обучить ирригации – опорожнению кишечника с помощью промывания. Ма-

нипуляцию проводят максимально осторожно, чтобы не травмировать слизистую оболочку кишки.

Параколостомическая грыжа. Грыжа в зоне формирования стомы, или парастомальная грыжа, проявляется как выпячивание внутренних органов вокруг стомы из-за слабости мышечного слоя брюшной стенки в месте выведения стомы. Это частое осложнение при колостоме, при илеостоме оно встречается реже.

Факторы риска и причины развития осложнений: возраст, ожирение; прием стероидов; парастомальные гнойно-воспалительные осложнения; хронический кашель и другие факторы резкого повышения внутрибрюшного давления.

Меры профилактики: для предотвращения патологии необходимо использовать бандаж, который надевается в положении лежа на спине поверх системы. Особенно важно делать это в первые три месяца после хирургического вмешательства. Калоприемники при параколостомической грыже должны обладать максимальной эластичностью. Подходят однокомпонентные и двухкомпонентные системы с адгезивным фланцем.

Пролапс, или эвагинация, стомы. Эвагинация стомы – выворот кишки наружу – появляется в зависимости от индивидуальных анатомических особенностей пациента, например, избыточной подвижности приводящей петли кишки, усиленной моторной функции кишечника, свободного дефекта апоневроза и повышения внутрибрюшного давления. При невыраженной патологии выворот кишки можно вправить без существенных усилий, но даже при сильном пролапсе к операции прибегают редко. Вправляют выворот вручную, пациент при этом лежит на спине.

Меры профилактики: пациент должен носить бандаж. Подбирать калоприемники большего объема и с отверстием большего диаметра. Это должны быть прозрачные

Внимание

Некоторые пациенты вырезают отверстие вокруг стомы. Из-за этого появляется пролапс, увеличивается выпячивание, и ношение дренажа становится бессмысленным

пакеты, позволяющие наблюдать за цветом сформированной стомы.

Сужение, или стеноз, стомы. Стома должна быть проходима, свободно пропускать указательный палец. Сужение обычно вызвано воспалением в зоне стомы в раннем послеоперационном периоде. Если сужение мешает опорожнению кишки, необходима операция для расширения отверстия. При сужении стомы пациент не должен принимать слабительные без консультации с хирургом.

Меры профилактики: в тяжелых случаях показано оперативное лечение, но при правильном проведении хирургического вмешательства этого можно избежать в 50–60 процентах случаев. Для восстановления проходимости необходимо провести бужирование, врач назначает прием осмотических слабительных препаратов. Нужно применять двухкомпонентные калоприемники, которые не препятствуют ежедневному доступу к стоме, и реже – однокомпонентные системы с закрытыми мешками.

Кровотечение из стомы. В большинстве случаев оно вызвано повреждением слизистой оболочки кишки из-за неаккуратного ухода за стомой или использования грубых материалов. Край тесного отверстия в пластине, жесткий фланец калоприемника также могут травмировать кишку и вызвать кровотечение. Кровотечение, как правило, прекращается самопроизвольно. Но, если оно затяжное и обильное, медсестра должна сообщить об этом врачу.

Глава II. Уход за пациентами с катетерами и зондами

Алгоритмы по уходу за катетерами и зондами также указаны в ГОСТах. На что обратить особое внимание при проведении процедуры и как избежать осложнений, читайте в этой главе.

Уход за периферическим и центральным венозным катетером

Периферический венозный катетер (ПВК) вводится в периферическую вену и обеспечивает доступ в кровяное русло при внутривенных манипуляциях.

Центральный венозный катетер (ЦВК) вводится в крупный сосуд для транспортировки лекарственных препаратов и питательных веществ. Для его установки существует три точки доступа: внутренняя яремная, подключичная и бедренная вена. Чаще всего используют первый вариант.

Шаблон

Уход за сосудистым катетером

Содержание, требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1. Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
1.1. Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: «Лечебное дело», «Акушерское дело», «Сестринское дело»

Содержание, требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1.2. Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2. Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1. Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. До проведения процедуры надеть медицинскую шапочку и маску. Использовать перчатки во время процедуры
3. Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические. Стационарные
4. Функциональное назначение простой медицинской услуги	Диагностика заболеваний. Лечение заболеваний. Профилактика заболеваний
5. Материальные ресурсы	
5.1. Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Столик манипуляционный. Лоток. Стерильный пинцет. Одноразовый шприц объемом 10 куб. см (10 мл). Одноразовые стерильные заглушки (по количеству просветов катетера). Непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б
5.2. Реактивы	Отсутствуют
5.3. Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4. Продукты крови	Отсутствуют
5.5. Лекарственные средства	Гепаринизированный раствор (0,01 мл гепарина на 1 мл физиологического раствора, то есть 50 ЕД/1 мл) в объеме, равном внутреннему объему внутривенного катетера. Раствор натрия хлорида 0,9% 5,0–10,0 мл. Спиртосодержащий антисептик для обработки кожи пациента и всех частей (соединений) катетера, включая канюлю ЦБК (ПВК) и сам катетер. Раствор хлоргексидина 0,5–2% в 70%-м этиловом или изопропиловом спирте для обработки кожи пациента вокруг сосудистого катетера. Раствор повидон-йодида 10% в 70%-м этиловом или изопропиловом спирте при наличии противопоказаний к применению раствора хлоргексидина

Содержание, требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
5.6. Прочий расходный материал	Антисептик для обработки рук. Стерильные марлевые тампоны. Стерильные марлевые салфетки/самоклеящаяся стерильная повязка. Стерильная пленка. Стерильная прозрачная повязка или стерильная прозрачная повязка, содержащая хлоргексидин. Пластырь. Стерильные перчатки. Маска. Медицинская шапочка
6. Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	
6.1. Алгоритм ухода за сосудистым катетером (центральный) – смена повязки	<p>I. Подготовка к процедуре:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такого уточнить дальнейшие действия у врача. 2. Надеть маску и медицинскую шапочку. 3. Подготовить и доставить в палату манипуляционный столик с размещенным на нем необходимым оснащением и поместить его вблизи от места проведения манипуляции. 4. Проверить целостность упаковки и сроки хранения всех расходных материалов. 5. Помочь пациенту занять удобное положение. При проведении процедуры с катетером в периферической вене пациент может сидеть или лежать на спине. Рука, в вене которой находится катетер, должна быть расположена вдоль туловища. Если катетер расположен в кубитальной или в вене предплечья – ладонью вверх, если в венах кисти – ладонью вниз. Снятие заглушки не влияет на фазу дыхания. При процедуре с катетером, находящимся в бедренной вене, ножной конец кровати опущен на 25 градусов. 6. Освободить от одежды место установки катетера. 7. Обработать руки гигиеническим способом. 8. Обработать руки антисептиком. Не сушить, дожидаться полного высыхания антисептика. 9. Надеть стерильные перчатки. 10. Расположите одноразовую салфетку под конечность в вене, которой находится катетер <p>II. Выполнение процедуры:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Осмотреть место входа катетера в кожу сквозь неповрежденную повязку для выявления признаков воспаления – припухлость, болезненность. Примечание. При наличии признаков воспаления организовать вызов врача. 2. Снять повязку, заворачивая ее параллельно коже (не тянуть вверх), медленно и желательнее по росту волос – для

Содержание, требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	<p>профилактики возникновения повреждений кожи вокруг места входа катетера в кожу. Положить снятую повязку в непромокаемый пакет/контейнер.</p> <p>3. Снять использованные перчатки и положить в непромокаемый пакет/контейнер.</p> <p>Недопустимо обрабатывать перчатки антисептиком. Это нарушит их барьерные свойства.</p> <p>4. Надеть стерильные перчатки.</p> <p>5. Визуально убедиться, что катетер не смещен (по метке).</p> <p>6. Обработать кожу вокруг катетера кожным антисептиком: стерильным марлевым шариком с помощью стерильного пинцета от центра к периферии.</p> <p>7. Обработать все части (соединения), включая канюлю, и сам катетер антисептиком – стерильным марлевым шариком.</p> <p>8. Положить на кожу вокруг катетера стерильную пленку.</p> <p>9. Дождаться полного высыхания антисептика.</p> <p>10. Наложить стерильную повязку и зафиксировать ее бактерицидным пластырем/стерильным пластырем или самоклеящейся стерильной повязкой.</p> <p>Примечание. При использовании стерильной специальной прозрачной повязки наложить ее 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).</p> <p>III. Завершение процедуры:</p> <p>1. Снять использованные перчатки, положить их в непромокаемый пакет/контейнер.</p> <p>2. Использованный материал утилизировать в отходы класса Б.</p> <p>3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>4. Уточнить у пациента его самочувствие.</p> <p>5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации</p>
<p>6.2. Алгоритм выполнения ухода за сосудистым катетером (центральным/периферическим) – промывание катетера</p>	<p>I. Подготовка к процедуре:</p> <p>1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.</p> <p>2. Надеть маску и медицинскую шапочку.</p> <p>3. Подготовить и доставить в палату манипуляционный столик с размещенным на нем необходимым оснащением и поместить его вблизи от места проведения манипуляции.</p> <p>4. Предложить пациенту занять или помочь ему занять удобное положение: лежа на спине, без подушек, голову отвернуть в противоположную сторону.</p> <p>5. Освободить от одежды место установки катетера.</p> <p>6. Обработать руки гигиеническим способом.</p>

Содержание, требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	<p>7. Обработать руки антисептиком. Не сушить, дожидаться полного высыхания антисептика.</p> <p>8. Надеть стерильные перчатки.</p> <p>9. Набрать в шприц объемом 10 куб. см 5 мл раствора натрия хлорида 0,9%.</p> <p>В случае постановки «гепаринового замка» при ЦВК дополнительно подготовить шприц объемом 10 куб. см с гепаринизированным раствором (0,01 мл гепарина на 1 мл раствора натрия хлорида 0,9%, то есть 50 ЕД/1 мл) в объеме, равном внутреннему объему внутривенного катетера.</p> <p>В педиатрии расчет дозы гепаринизированного раствора индивидуален.</p> <p>При ПВК «гепариновый замок» без назначения врача не рекомендуется.</p> <p>II. Выполнение процедуры:</p> <p>1. Закрывать линии ЦВК специальными зажимами, которые входят в комплект катетера.</p> <p>Если зажима нет, попросить пациента сделать выдох, задержать дыхание.</p> <p>Заглушки для ЦВК и ПВК стерильные и одноразовые. При закрытии катетера использовать новую стерильную заглушку.</p> <p>2. Обработать разъем катетера стерильной салфеткой, смоченной в антисептике, – 15 вращательных движений.</p> <p>3. Если ранее в катетер был введен «гепариновый замок», то необходимо вытянуть его, присоединив шприц объемом 10 куб. см с раствором натрия хлорида 0,9% (5 мл) и потянув его на себя.</p> <p>4. Для того чтобы убедиться, что проходимость катетера не нарушена, присоединить новый шприц объемом 10 куб. см с раствором натрия хлорида 0,9% (5 мл), открыть зажим и потянуть легко поршень на себя (появилась кровь), ввести содержимое шприца, закрыть зажим. В случае затруднения прохождения раствора при нажатии на поршень организовать вызов врача.</p> <p>5. Для постановки «гепаринового замка» соединить шприц объемом 10 куб. см с гепаринизированным раствором с катетером, снять зажим и ввести гепаринизированный раствор в объеме, равном внутреннему объему просвета катетера (не более), закрыть зажим. Данный объем необходимо уточнить заблаговременно (объем каждого из просветов указан на упаковке ЦВК).</p> <p>6. Обработать разъем катетера стерильной салфеткой, смоченной в антисептике, – 15 вращательных движений.</p> <p>7. Закрывать просвет катетера новой стерильной заглушкой, не прикасаясь к внутренней части заглушки и коннектора катетера.</p> <p>III. Завершение процедуры:</p> <p>1. Снять использованные перчатки и положить в непромокаемый пакет/контейнер.</p>

Содержание, требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	<ol style="list-style-type: none"> 2. Доставить использованный материал в процедурный кабинет для дальнейшей дезинфекции и утилизации отходов класса Б. 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4. Уточнить у пациента его самочувствие. 5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации
<p>6.3. Алгоритм ухода за сосудистым катетером (периферическим) – смена повязки</p>	<p>I. Подготовка к процедуре:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Идентифицировать пациента, представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2. Надеть маску и медицинскую шапочку. 3. Подготовить и доставить в палату манипуляционный столик с размещенным на нем необходимым оснащением и поместить его вблизи от места проведения манипуляции. 4. Предложить пациенту занять или помочь ему занять удобное положение для получения оптимального доступа к месту установки периферического венозного катетера. 5. Освободить от одежды место установки катетера. 6. Обработать руки гигиеническим способом. 7. Обработать руки антисептиком. Не сушить, дожждаться полного высыхания антисептика. 8. Надеть стерильные перчатки. <p>II. Выполнение процедуры:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Осмотреть место входа катетера в кожу сквозь неповрежденную повязку на предмет выявления признаков воспаления – припухлость, болезненность. Примечание. При наличии признаков воспаления организовать вызов врача. 2. Снять повязку, заворачивая ее параллельно коже (не тянуть вверх), медленно и желательнее по росту волос – для профилактики возникновения повреждений кожи вокруг места входа катетера в кожу. Положить снятую повязку в непромокаемый пакет/контейнер. 3. Снять использованные перчатки и положить в непромокаемый пакет/контейнер. Недопустимо обрабатывать перчатки антисептиком. Это нарушит их барьерные свойства. 4. Надеть стерильные перчатки. 5. Визуально убедиться, что катетер не смещен. 6. Обработать кожу вокруг катетера кожным антисептиком – стерильным марлевым шариком с помощью стерильного пинцета от центра к периферии. 7. Обработать все части (соединения), включая канюлю, и сам катетер антисептиком – стерильным марлевым шариком. 8. Дождаться полного высыхания антисептика. 9. Наложить стерильную повязку и зафиксировать ее бактерицидным пластырем/стерильным пластырем или самоклеющейся стерильной повязкой.

Содержание, требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	<p>При использовании стерильной специальной прозрачной повязки наложить ее таким образом, 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).</p> <p>III. Завершение процедуры:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Снять использованные перчатки, положить их в непромокаемый пакет/контейнер. 2. Использованный материал утилизировать в отходы класса Б. 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4. Уточнить у пациента его самочувствие. 5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации
<p>7. Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p>	<p>При проведении процедуры с катетером, находящимся в периферической вене, пациент может сидеть или лежать на спине; рука, в вене которой находится катетер, расположена вдоль туловища: если катетер расположен в кубитальной или вене предплечья – ладонью вверх, если в венах кисти – ладонью вниз. Снятие заглушки не связано с фазой дыхания.</p> <p>При проведении процедуры с катетером, находящимся в бедренной вене, ножной конец кровати опущен на 25 градусов. Снятие заглушки не связано с фазой дыхания.</p> <p>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.</p> <p>Выбор повязки необходимо осуществлять с учетом индивидуальных особенностей пациента. Если возраст пациента старше двух месяцев и существуют предрасполагающие к развитию инфекции факторы (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</p> <p>Для прочих случаев оптимальным выбором является обычная прозрачная полиуретановая повязка.</p> <p>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.</p> <p>Замена прозрачных полиуретановых повязок на ЦВК производится каждые 5–7 суток (при условии что фиксация не нарушена, нет выделений, сохранен обзор).</p> <p>Замена прозрачных полиуретановых повязок на ПВК производится каждые 3–4 суток (при условии что фиксация не нарушена, нет выделений, сохранен обзор).</p>

Содержание, требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	<p>При ЦВК постановка «гепаринового замка» катетера проводится один раз в сутки (утро/вечер) и при условии отсутствия инфузии в течение дня. При наличии инфузии в течение дня или нескольких введений лекарственных средств, до и после взятия крови используется 5–10 мл раствора натрия хлорида 0,9% без «гепаринового замка».</p> <p>Промывать ПВК необходимо до и после введения лекарственных средств, в случае если ПВК не используется два раза в сутки (утро/вечер).</p> <p>Визуальный осмотр места установки сосудистого катетера проводить не реже одного раза в сутки</p>
<p>8. Достижимые результаты и их оценка</p>	<p>Катетер промыт, при необходимости поставлен «гепариновый замок», проходим, повязка заменена, раздражения/воспаления под повязкой не наблюдаются</p>
<p>9. Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p>	<p>Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему врачом, медсестрой, фельдшером или акушеркой, включает сведения о цели данного действия.</p> <p>Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на уход за сосудистым катетером не требуется, так как данное действие не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента</p>
<p>10. Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации.</p> <p>Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения).</p> <p>Отсутствие осложнений.</p> <p>Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.</p> <p>Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии</p>
<p>11. Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ врача – 0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 2,0</p>
<p>12. Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Отсутствует</p>
<p>13. Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p>	<p>Отсутствуют</p>

Таблица 1. Виды внутривенных катетеров по размеру

Цвет	Размеры	Пропускная способность	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 и препаратов крови
Зеленый	18G (1,2 × 32–45 мм)	80 мл/мин	Пациенты, которым проводится переливание препаратов крови (эритроцитарной массы) в плановом порядке
Розовый	20G (1,0 × 32 мм)	54 мл/мин	Пациенты на длительной внутривенной терапии (от 2–3 литров 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

При установке катетера во внутреннюю яремную вену возникает меньше осложнений, реже случается пневмоторакс, легче остановить кровотечение, если оно возникнет. При подключичном доступе велик риск пневмоторакса и повреждения артерий.

Как выбрать ЦВК. Главный принцип выбора катетера: использовать наименьший из размеров, обеспечивающий необходимую скорость введения, в самой крупной из доступных периферических вен. Как вид катетера соотносится с диаметром вены, скоростью введения раствора и временем нахождения катетера в вене, смотрите в таблице 1.

Для катетеризации нужно использовать готовые наборы, выбирая катетеры с минимально достаточным количеством просветов, канюль и коннекторов.

Если пациент получает парентеральное питание, то один из просветов катетера следует использовать только для этого.

Как устанавливать ЦВК. Медсестра непосредственно перед процедурой должна удалить волосы в области введения катетера. Для этого используют медицинские стригущие машинки – клипперы. Сбривать волосы нежелательно, это повреждает кожу и приводит к инфицированию раны входного отверстия катетера.

Для обработки кожи медсестра должна использовать спиртосодержащие препараты на основе гуанидинов. Если есть противопоказания к применению хлоргексидина – использовать 10-процентный водный раствор повидон-йода.

Обрабатывать место ввода катетера нужно стерильной салфеткой, обильно смоченной антисептиком, протирать кожу от центра к периферии на площади диаметром около 30 см в течение 30 секунд. Обработку кожи повторить три раза, каждый раз используя новую стерильную салфетку. Вводить катетер можно после того, как антисептик самостоятельно полностью испарится с кожи, вытирать или промокать его запрещено. Кожу, обработанную антисептиком, можно пальпировать только в стерильных перчатках.

При выборе вены нужно руководствоваться несколькими критериями. Сначала использовать дистальные вены. Использовать вены мягкие и эластичные на ощупь, прямые, на «рабочей» руке и крупные, где это возможно.

Избегайте жестких на ощупь и склерозированных вен, у них может быть повреждена внутренняя оболочка. Не ставьте катетер на «сгибаемые» поверхности суставов, поскольку там повышенный риск механического повреждения. Не используйте вены, близко расположенные к артериям или их проекциям, чтобы избежать прокола, вены ног и конечностей с переломами или на которых проводились операции или химиотерапия, ранее катетеризированные,

где возможно повреждение внутренней стенки сосуда. Избегайте небольших видимых, но не пальпируемых вен, вен ладоней. Перед введением катетера нужно надеть шапочку, маску, стерильный халат и стерильные перчатки.

Как фиксировать катетер. Зафиксировать катетер к коже можно лигатурой или специальным устройством для бесшовной фиксации.

Катетер, который сместился наружу, не следует проталкивать внутрь. Необходимо установить, располагается ли он в сосудистом русле, если да – стабилизировать в этом положении и только затем проводить дальнейшие манипуляции. В иных случаях катетер нужно немедленно удалить.

Как выбрать повязку и менять ее. Медсестры должны использовать прозрачную полупроницаемую повязку, которая клеится на кожу на несколько дней. Прозрачную полиуретановую повязку с гелевой подушечкой с хлоргексидином нужно использовать, если есть факторы, способствующие развитию инфекции: ЦВК стоит дольше трех суток, снижен иммунный статус, например, у пациентов с онкологией, есть повышенный риск колонизации катетера. Для прочих случаев можно выбрать обычную прозрачную полиуретановую повязку.

Если появилась кровоточивость вокруг места входа катетера в первые сутки после введения, допустимо использовать нетканую повязку с впитывающей подушечкой. Ее нужно заменить на прозрачную через сутки.

Менять прозрачные полиуретановые повязки на ЦВК нужно каждые 3–7 суток в соответствии с рекомендациями производителя. По необходимости меняют, если нарушена фиксация повязки или имеются выделения.

Как промывать ЦВК. Для промывания нужно использовать стерильный 0,9-процентный раствор хлорида натрия в количестве не менее двух объемов заполнения каналов катетера. Если используете гепариновый «замок»,

Внимание

Если катетеризация проводится экстренно и нет возможности наложить прозрачные клеющиеся повязки, можно использовать стерильные непрозрачные повязки. Их нужно менять каждые 24 часа, а также при необходимости, например, если они промокли, загрязнились, нарушилась фиксация. Как только появится возможность, их надо заменить на прозрачные

его количество не должно превышать одного объема заполнения каналов катетера. Катетер нужно промывать «пульсирующими» болюсами: «нажатие – пауза» или «давим – стоп – давим».

Медсестра должна обрабатывать коннектор катетера спиртосодержащим антисептиком в течение 10–15 секунд после снятия заглушки и после введения препарата до того, как наденет новую заглушку. Для обработки нужно использовать салфетку, смоченную спиртосодержащим антисептиком. Обработку проводить вращающими движениями по торцевой и боковой частям коннектора. Необходимо дождаться полного высыхания антисептика при обработке.

Промывать катетер необходимо сразу же после постановки ЦВК, перед и после болюсного введения лекарственных препаратов, по окончании инфузии, до и после забора крови из катетера.

Как заменять принадлежности для инфузии. К принадлежностям относятся инфузионная система, соединительные, удлинительные линии, многоходовые краны, разветвители и порты. При замене внутрисосудистого катетера необходимо сменить все принадлежности и инфузионный раствор независимо от того, когда была начата инфузия лекарства. При длительной инфузии нельзя отсоединять систему от катетера, так как это повышает риск экзогенного инфицирования.

Системы для вливания химиотерапевтических препаратов необходимо заменять сразу после завершения инфузии. Системы для вливания пропофола, жировых эмульсий – не позже чем через 12 часов или в соответствии с рекомендациями производителя лекарства. Компоненты крови следует переливать с помощью инфузионных систем, специально предназначенных для этой цели. Замена происходит по принципу «Одна доза – один донор – одна система». Краны, которые не используются, нужно закрыть колпачками.

Внимание

Систему необходимо заменить сразу же при подозрении на контаминацию, а также при нарушении ее целостности

Внимание

Нельзя использовать пластыри для стыковки или скрепления участка соединения порта и инфузионной системы

Безыгольные соединения необходимо использовать в соответствии с рекомендациями производителя. Их компоненты нужно менять с той же частотой, что и инфузионную систему. Доступ к канюле ЦВК возможен только с помощью одноразовых стерильных медицинских изделий.

Уход за назогастральным зондом

Назогастральный зонд вводится через носовой ход в пищевод и далее в желудок. Его используют, чтобы кормить пациента, который не может сам принимать пищу, или вводить лекарства. Проводить декомпрессию желудка, если затруднен естественный пассаж его содержимого в кишечник, а также аспирацию желудочного содержимого.

Чтобы правильно ухаживать за назогастральным зондом, медсестра должна промывать его после каждого приема пищи физраствором или негазированной водой. Соблюдать все правила кормления и положения зонда на нужном уровне, в период между кормлениями конец зонда закрывать заглушкой. Это необходимо, чтобы максимально ограничить попадание воздуха в желудок и вытекание желудочного содержимого через зонд.

Перед каждым кормлением нужно проверять, не сместился ли зонд. Для этого можно сделать метку на зонде после его установки или измерить длину наружной части зонда и каждый раз ее проверять. Если медсестра сомневается, что зонд в правильном положении, она может аспирировать шприцем содержимое. В норме должна быть жидкость темно-желтого или зеленоватого цвета.

Зонд необходимо периодически покручивать или потягивать, чтобы избежать пролежней слизистой оболочки. При раздражении слизистой носа ее нужно обрабатывать антисептиками или индифферентными мазями. Нужно проводить тщательный туалет полости рта: чистить зубы, язык, полоскать или орошать полость рта жидкостью.

Зонд обязательно менять каждые три недели.

Внимание

Назогастральные зонды изготавливают из имплантационно-нетоксичного поливинилхлорида (ПВХ) или силикона. ПВХ и силикон устойчивы к воздействию соляной кислоты, при правильном использовании не теряют своих свойств в течение трех недель

Шаблон

Алгоритм ухода за назогастральным зондом

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1. Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
1.1. Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учебного учреждения по специальностям: «Лечебное дело», «Сестринское дело», «Акушерское дело». Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: «Лечебное дело», «Педиатрия», направление подготовки «Сестринское дело (бакалавр)»
1.2. Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2. Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1. Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры
3. Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические. Стационарные
4. Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний. Профилактика заболеваний
5. Материальные ресурсы	
5.1. Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Шприц на 30 или 60 мл (шприц Жанэ). Фонендоскоп. Лоток. Зажим. Зонд назогастральный
5.2. Реактивы	Отсутствуют
5.3. Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4. Продукты крови	Отсутствуют
5.5. Лекарственные средства	Физиологический раствор или специальный раствор для промывания емкостью 500 или 1000 мл. Вазелин

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
5.6. Прочий расходный материал	Нестерильные перчатки. Стерильные марлевые салфетки. Пластырь. Емкость для промывания
6. Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	
6.1. Алгоритм ухода за назогастральным зондом	<p>I. Подготовка к процедуре:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры (если пациент в сознании). Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру (если пациент в сознании). В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3) Надеть перчатки. <p>II. Выполнение процедуры:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Осмотреть место введения зонда на предмет признаков раздражения или сдавления. 2) Проверить месторасположение зонда: попросить пациента открыть рот, чтобы увидеть зонд в глотке. 3) Подсоединить шприц с 10–20 куб. см (10 куб. см для детей) воздуха к назогастральному зонду и ввести воздух, одновременно выслушивая звуки в области эпигастрия при помощи стетоскопа (булькающие звуки). 4) Очистить наружные носовые ходы увлажненными физиологическим раствором марлевыми салфетками. Нанести вазелин на слизистую оболочку, соприкасающуюся с зондом (исключение – манипуляции, связанные с оксигенотерапией). 5) Каждые 4 ч выполнять уход за полостью рта: увлажнять полость рта и губы. 6) Каждые 3 ч (по назначению врача) промывать зонд 20–30 мл физиологического раствора. Для этого подсоединить шприц, наполненный физиологическим раствором, к зонду, медленно и аккуратно ввести жидкость в зонд; аккуратно провести аспирацию жидкости, обратить внимание на ее внешний вид и вылить в отдельную емкость.
	<p>III. Окончание процедуры:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Снять пластырь и наклеить заново, если он отклеился или сильно загрязнен. 2) Продезинфицировать и утилизировать использованные материалы. Обработать мембрану фонендоскопа дезинфектантом или антисептиком. 3) Снять перчатки, поместить их в контейнер для дезинфекции. 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5) Уточнить у пациента самочувствие (если пациент в сознании). 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
7. Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Отсутствуют
8. Достижимые результаты и их оценка	Отсутствие видимых изменений (раздражений) со стороны слизистых оболочек носа. При кормлении пища свободно проходит по зонду. Пациент не испытывает дискомфорт. Зонд фиксирован. Свободный конец зонда изолирован от внешней среды
9. Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре (если он в сознании). Информация, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели данной процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется
10. 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
11. Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги	Коэффициент УЕТ врача – 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 1,5
12. Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствует
13. Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

Осложнения при уходе за периферическим венозным катетером

Осложнения могут возникнуть в результате процедуры катетеризации, ухода за периферическим венозным катетером, реакции организма на катетер или на вводимый раствор.

Чтобы оценить состояние периферического венозного катетера, медсестра должна использовать визуальные шкалы оценки флебита (таблица 2) и инфильтрации (таблица 3).

Медсестра обязана ежедневно следить за периферическим венозным катетером, данные заносить в историю болезни или лист наблюдения за ПВК.

Общие осложнения

Септицемия – одно из самых тяжелых осложнений с высоким уровнем смертности. Причина: возникает при попадании патогенных бактерий в кровоток из-за несоблюдения правил асептики, загрязнения катетера. Меры профилактики: выполнять правила асептики и антисептики.

Эмболия, в том числе тромбоемболия, воздушная эмболия, эмболия катетера. Причины: перемещение кровяного сгустка, фрагмента ПВК или воздушного пузырька с кровотоком в сердце или систему легочного кровообращения. Меры профилактики: тщательно удалять воздух из всех соединений, применять минимально возможный диаметр катетера, в конце инфузии применять «гепариновую заглушку». Чтобы избежать эмболии катетером, нельзя повторно устанавливать в катетер частично извлеченную иглу-проводник.

Перегрузка системы кровообращения. Причины: объем введенной жидкости превышает объем, с которым может справиться сердечно-сосудистая система. Это приводит к повышению венозного давления, дилатации сердца, сердечной недостаточности, шоку, остановке сердца. Меры профилактики: вводить раствор медленно и в небольшом объеме.

Таблица 2. Шкала оценки флебита

Степень	Признаки	Изображение	Рекомендуемые действия
0	Боль и симптоматика отсутствуют		Продолжить наблюдение
1	Боль/покраснение вокруг места ввода катетера		Удалить катетер и установить новый в другой области Наблюдать за обеими областями
2	Боль, отечность, покраснение. Вена пальпируется в виде плотного тяжа		Удалить катетер и установить новый в другой области. Наблюдать за обеими областями. Начать лечение, если оно назначено врачом
3	Боль, отечность, уплотнение, покраснение. Вена пальпируется в виде плотного тяжа более 3 см. Нагноение		Удалить катетер, канюлю катетера отправить на бактериологическое исследование. Установить новый катетер в другой области.
4	Боль, отечность, уплотнение, покраснение. Вена пальпируется в виде плотного тяжа более 3 см. Нагноение. Повреждение тканей		Удалить катетер, канюлю катетера отправить на бактериологическое исследование. Установить новый катетер в другой области. Отобрать образец крови из вены здоровой руки и провести микробиологический анализ

Таблица 3. Шкала оценки инфильтрации

Степень	Признаки
0	Симптомы отсутствуют
1	Бледная холодная на ощупь кожа. Отек более 2,5 см в любом направлении от места установки катетера. Возможная болезненность
2	Бледная холодная на ощупь кожа. Отек от 2,5 до 15 см в любом направлении от места установки катетера. Возможная болезненность
3	Бледная, полупрозрачная холодная на ощупь кожа. Обширный отек менее 15 см в любом направлении от места установки катетера. Жалобы на легкую или умеренную болезненность. Возможна снижение чувствительности
4	Синюшная и отечная кожа, экссудация. Обширный плотный отек менее 15 см в любом направлении от места установки катетера. После нажатия на место отека сохраняется вмятина. Нарушение кровообращения. Жалобы на умеренную или сильную боль

Местные осложнения

Флебит или воспаление вены. Причины: химическое или механическое раздражение, инфекция. Причиной может быть тромб, который приводит к развитию тромбофлебита.

Меры профилактики: использовать асептическую технику установки катетера и надежно его фиксировать. Выбирать минимально возможный размер катетера. Растворять лекарства адекватно и вводить их с рекомендуемой скоростью. Менять место установки катетера каждые 48–72 часа.

Инфильтрация. Причины: возникает, если жидкость диффузно, не образуя пузыря, инфильтрует подкожную жировую клетчатку, из-за чего может произойти потеря лекарственного препарата.

Меры профилактики: необходимо правильно выбирать места катетеризации и хорошо фиксировать катетер.

Гематома. Причины: возникает из-за неконтролируемого кровотечения в области катетера. Оно может начаться из-за многочисленных проколов вены, неверно выбранной вены, нарушения свертывающей системы крови.

Меры профилактики: правильно выбирать место установки катетера, не пунктируя слабо контурируемые вены, адекватно наполнять вену.

Склерозирование вен. Меры профилактики: начинать постановку периферического катетера с вен кисти – при их склерозировании можно использовать ту же вену, но выше.

Осложнения при уходе за центральным сосудистым катетером

Могут возникнуть механические и инфекционно-воспалительные осложнения. Меры для их профилактики одинаковые.

Механические. Причины: пневмоторакс, гемоторакс или гидроторакс при установке ЦВК. Также причиной может быть неправильное положение катетера, его окклюзия, разрыв, миграция. Перфорация или разрыв сосудов или внутренних органов, гематома, тампонада сердца, эмболия, сердечная аритмия, тромбоз сосудов.

Инфекционно-воспалительные. Причины: эндокардит, флебит, сепсис или инфицирование при уходе за ЦВК.

Меры профилактики: медсестра должна использовать антисептики для рук только на спиртовой основе с 75–80 процентами объемного содержания этанола, изопропанола, пропанола или их сочетания. Медсестра должна обрабатывать руки антисептиком при работе с ЦВК перед каждым использованием катетера; после манипуляций с катетером; перед контактом с пациентом; после любого контакта с пациентом; после контакта с медицинским оборудованием и другими объектами, находящимися в непосредственной близости от пациента; после снятия перчаток.

Чтобы полностью обеззараживать кожу рук, медсестра должна коротко стричь и не красить ногти, не носить накладные ногти, украшения и часы. На руках не должно быть инфекционных поражений кожи и повреждений, если есть небольшие царапины и порезы, их нужно заклеить водонепроницаемым пластырем. Медсестра должна наносить 2–4 мл антисептика и соблюдать технику обработки рук.

При постановке ЦВК и смене стерильной повязки медсестры должны использовать только стерильные перчатки, надевать их на полностью сухие руки.

Осложнения при уходе за назогастральным зондом

При уходе за назогастральным зондом могут возникнуть три вида осложнений.

Контактный некроз и его осложнения. Зонд может вызвать некроз, изъязвление и образование абсцесса на поверхности слизистой. Причины: контакт слизистой оболочки с зондом.

У пациентов, которые находятся на ИВЛ, проводимой через интубационную трубку, и одновременно получают питание через зонд, некроз может привести к образованию трахеопищеводного свища. Степень некроза пропорциональна поверхности, времени контакта, а также величине давления, которой подвергается ткань.

Меры профилактики: использовать мягкие зонды малого диаметра. Если планируется проведение нутриционной поддержки в течение длительного времени, то назоэнтеральный зонд нужно заменить зондом, проведенным через гастростому.

Смещение зонда и миграция. Если зонд смещен, питание может попасть не туда и привести к аспирации, диарее или перитониту, если зонд проведен через гастростому или если используется еюностомальный зонд.

Меры профилактики: перед введением питательной смеси медсестра должна проверить окончательное размещение зонда. Если положение зонда не выяснено, можно сделать рентгенографию.

Закупорка зонда. Причины: свертывание состава, закупорка фрагментами таблеток, свертывание зонда в петлю, выпадение в осадок не совместимых друг с другом лекарств. Вероятность закупорки зонда зависит от его диаметра, качества ухода за больным, типа зонда (еюностомия или гастростомия) и продолжительности его применения. Если зонд становится непроходимым в процессе введения энтерального питания, желательно ликвидировать закупорку, а не заменять зонд.

Меры профилактики: промыть зонд из шприца теплой водой. Растворить казеиновый сгусток можно цитратом или лимонным соком.

Глава III.

Уход за послеоперационными пациентами

При уходе за пациентами после операции медсестры должны быть внимательны к их состоянию, его изменениям и готовы оказать экстренную медпомощь. Чтобы стандартизировать уход за пациентами в ОРИТ, обяжите сотрудников работать по алгоритмам. Примеры алгоритмов в этой главе.

Как наблюдать за послеоперационными пациентами

Время от окончания операции до момента восстановления трудоспособности пациента или стойкой утраты им трудоспособности называется послеоперационным периодом. Он делится на три части: ранний – в течение трех–пяти суток – катаболическая фаза, поздний – в течение двух–трех недель – фаза обратного развития, отдаленный – от трех недель до двух–трех месяцев – анаболическая фаза.

Ранний послеоперационный период. Длительность раннего послеоперационного периода зависит от характера заболевания, возраста пациента, правильной подготовки пациента к операции, травматичности операции, качества послеоперационного ухода, послеоперационных осложнений, индивидуальной переносимости наркоза.

Основная задача медсестер в раннем периоде – предупредить послеоперационные осложнения или вовремя их распознать и оказать помощь.

Поздний и отдаленный послеоперационный период. Основная задача позднего и отдаленного периодов – восстановить трудоспособность пациента с помощью социально-бытовой реабилитации.

Как подготовить послеоперационную палату

После операции пациента помещают либо в ОРИТ, либо в послеоперационную палату. Чтобы стандартизировать процесс, разработайте для медперсонала алгоритм подготовки послеоперационной палаты.

Алгоритм подготовки палаты и постели для послеоперационного пациента

Проведите влажную уборку и дезинфекцию помещения

Проверьте исправен ли прикроватный монитор, проконтролируйте комплектность и целостность датчиков

Обеспечьте гигиенические условия в соответствии с СанПиН: освещение, температура воздуха – 22 °С, кратность воздухообмена – не менее 10 раз в час

Поставьте на прикроватную тумбу почкообразный тазик, поильник, устройство для дыхательной гимнастики, салфетки

Проверьте функциональную кровать. Поставьте ее так, чтобы можно было подойти к прооперированному пациенту со всех сторон и обеспечить доступ всех элементов ухода: кислорода, аспиратора, монитора и пр.

Подготовьте судна и мочеприемник

Проверьте, есть ли в палате укладка для экстренной медпомощи, исправен ли мешок Амбу и дефибриллятор

Застелите кровать стерильным бельем. Клеенку и простыни тщательно расправьте, чтобы не было складок и неровностей

Проверьте, работает ли сигнальная аппаратура для вызова медперсонала и способен ли пациент до нее дотянуться

Как перевести пациента в палату

Процедура перевода пациента из операционной в послеоперационную палату в медорганизациях может различаться в зависимости от планировки помещения, профиля подразделения и внутреннего регламента. Однако существуют общие правила, на основании которых нужно составить для медсестер алгоритм перевода пациента из операционной в палату:

1. Во время транспортировки пациента каталку обязаны сопровождать врач-анестезиолог и не менее двух медсестер. У них должна быть укладка для оказания экстренной помощи при остановке дыхания.

Если у пациента есть дренажи, нужно временно перекрыть их зажимами. Когда перекладываете пациента на каталку и перевозите в палату, следите за тем, чтобы не сместить наложенную повязку, не нарушить состояние систем трансфузии. Особое внимание при перекладывании уделите конечностям и голове.

2. Положение оперированного пациента на кровати может быть разным. Наиболее частое – на спине без подушки, чтобы предотвратить анемия головного мозга и попадание слизи и рвотных масс в дыхательные пути. В дальнейшем с разрешения врача можно изменить положение кровати.

Внимание

В период пробуждения после наркоза у пациента может начаться возбуждение или рвота.

При рвоте поверните голову пациента набок и подставьте ко рту почкообразный тазик. После этого очистите ему

рот, помогите его прополоскать и вытрите полотенцем. При возбуждении пациента по показаниям врача введите транквилизатор и нейролептик, а также используйте фиксаторы для верхних и нижних конечностей.

3. После пробуждения уложите пациента в положение, щадящее рану: возвышенное или полусидячее положение, облегчающее дыхание, – рекомендуется после лапаротомии и операций на грудной клетке, положение на животе – после операций на позвоночнике.

4. Для уменьшения болей используйте анальгетики, наложите на рану пузырь со льдом. Следите, чтобы он не сильно на нее давил. Иногда боль вызывает слишком туго или неправильно наложенная повязка. В этом случае подрежьте ее или смените. Если есть возможность, замените повязкой в виде наклейки. После операций на конечности боль может возникнуть из-за неправильного положения. Хорошая иммобилизация и возвышенное положение конечности уменьшают боль.

Как кормить прооперированного пациента

После операции пациент должен соблюдать строгий постельный режим, сроки которого определяют в зависимости от характера операции и тяжести состояния. Когда начинать поить и кормить пациента, решает лечащий врач.

Пациентам, которые находятся в бессознательном состоянии, показано парентеральное питание и парентеральное введение жидкости.

Если пациента тошнит, до прекращения рвоты нельзя давать ему пить. Это может усилить тошноту. Чтобы уменьшить сухость во рту, пациенту можно полоскать рот.

До утра следующего дня после операции пациенту можно пить обычную воду без газа порциями по 1–2 глотка каждые 10–20 минут общим объемом до 500 мл.

Если операция была проведена не на желудочно-кишечном тракте, то на первые три дня назначают щадящую послеоперационную диету – высококалорийные

бульоны, кисели, простокваши, сухари. После третьего дня – обычная щадящая диета. В случае операции на желудочно-кишечном тракте режим и сроки начала питания определяет лечащий врач.

Как избежать послеоперационных осложнений

Стремитесь как можно раньше начать двигательную активизацию пациента, чтобы избежать пневмонии, тромбоэмболий и других осложнений. Срок, через который пациент может встать, зависит от его состояния и характера операции.

Обращайте внимание на дыхание пациента – ритмичность и частоту дыхательных движений, глубину дыхания. Отличить бессознательное состояние от глубокого сна можно по дыханию пациента. Во время сна оно ритмичное, даже если учащенное. При потере сознания дыхание шумное, бывают длительные паузы или постепенное затухание дыхательных движений. Признаками осложнений могут быть резкая одышка, клочущее дыхание со слышимыми на расстоянии сухими или влажными хрипами.

Гиперемия

После любой операции возможно повышение температуры тела. Для раннего послеоперационного периода оно допустимо до 37,5 °С.

Внимание

Повышение температуры тела после операции учащает пульс. Значительное учащение частоты сердечных сокращений – более 100 ударов в минуту – может указывать на развивающееся

осложнение. Увеличение пульса или его снижение ниже допустимых значений не может происходить без причины. Обо всех изменениях в состоянии пациента сообщайте лечащему врачу.

Чтобы снизить температуру, наложите на лоб или области операции холодный компресс. При стойком повышении температуры примените жаропонижающее средство, назначенное лечащим врачом.

Экстренные состояния

Кровотечение. У послеоперационных пациентов кровотечение находится на первом месте среди осложнений по значимости из-за специфики хирургических методов лечения. В первые часы после операции особое внимание обращайтесь на признаки кровотечения и поступление отделяемого по страховочным дренажам.

Прогрессирующее побледнение кожных покровов и видимых слизистых оболочек, холодный липкий пот, возбуждение или, наоборот, безразличное отношение ко всему, зевота, а позднее судорожное дыхание, заглывание воздуха – признаки кровотечения.

Заподозрить внутреннее кровотечение также можно по признакам кровопотери: головокружение, слабость, боль в животе, снижение артериального давления, тахикардия.

Главная задача при оказании медпомощи при кровотечении – максимально быстро его остановить. Работа медперсонала должна опережать скорость кровотечения. При подозрении на кровотечение немедленно сообщите лечащему врачу.

Нарушения сердечной деятельности. Нарушение сердечного ритма, или аритмия, – это сердечный ритм, который отличается от синусового частотой, регулярностью, источником возбуждения сердца или нарушением проводимости. Распознать вид нарушения сердечного ритма можно только по ЭКГ.

При всех жизнеугрожающих нарушениях необходимо оказать экстренную медпомощь. О развитии жизнеугрожающей аритмии может свидетельствовать выявление на фоне аритмии минимум одного из критических при-

знаков. Это могут быть приступ удушья – сердечная астма или отек легких, гипотония – снижение систолического АД ниже 90 мм рт. ст. у нормотоников или на 30 мм рт. ст. ниже от привычных цифр у гипертоников, нарушение сознания – обморок, угнетение сознания.

Приступом удушья или аритмическим шоком обычно сопровождаются аритмии с высокой частотой сокращений желудочков – 160 и более в минуту. Нарушением сознания обычно сопровождаются аритмии с низкой частотой сокращений желудочков – 40 и менее в минуту или остановка сердечной деятельности.

При подозрении на возникновение аритмии немедленно сообщите лечащему врачу – часто счет идет на секунды.

Дыхательные осложнения. Причиной нарушения дыхания могут быть как легочные, так и другие причины. Среди них пневмония, выпот в плевральной полости, астматический приступ, обострение хронического заболевания легких, нарушение проходимости дыхательных путей, тромбоэмболия легочной артерии, отек легкого и другие причины.

Основные симптомы дыхательной недостаточности – учащение дыхания, удушье, нарушение механики дыхания, хрипы, цианоз и одутловатость лица, цианоз губ и конечностей, беспокойство пациента.

Острая дыхательная недостаточность – потенциально летальное состояние, поэтому при появлении признаков немедленно сообщите лечащему врачу.

Внимание

В большинстве случаев причина отека легкого – острая левожелудочковая сердечная недостаточность, которая может возникнуть на фоне гипертонического криза, инфаркта миокарда, сдавления сердца, нарушения сердечного ритма и других причин

Шоковое состояние. К признакам шока относятся снижение артериального давления и тахикардия, беспокойство или затемнение сознания, нарушение дыхания, уменьшение объема выделяемой мочи, холодная влажная кожа с бледно-цианотичной или мраморной окраской, замедление наполнения капилляров. Основным симптом – стойкое снижение артериального давления.

При развитии шока пациент безучастен к окружающему, заторможен. Он бледнеет, появляется цианоз на губах,

кистях рук, стопах, кожа покрывается холодным потом. Пульс слабый и частый, дыхание также частое и поверхностное.

Острая сосудистая недостаточность развивается внезапно и может иметь различные причины: кровопотеря, гипоксия, интоксикация и отравление, передозировка лекарств, например, гипотензивных или мочегонных.

Воспаление раны. Внимательно наблюдайте за областью операционной раны, чтобы предупредить развитие в ней гнойного воспалительного процесса. Следите, чтобы повязка была сухой, на нее не попадали моча, рвотные и каловые массы, вода из пузыря со льдом.

Обращайте внимание на жалобы пациента, связанные с областью послеоперационной раны, и уточняйте, нет ли болей в области шва, в случае подозрения на локальный воспалительный процесс.

Если есть подозрения, что послеоперационный шов воспалился, сразу сообщите об этом лечащему врачу.

Пневмония. Гиперемия лица, повышенная температура тела, выраженная одышка – симптомы начинающейся пневмонии.

Профилактика легочных осложнений зависит от возможности придать пациенту полусидячее положение с наклоном в 45 градусов, при котором улучшаются вентиляция и кровообращение в легких. В положении сидя пациенту легче откашливаться и удалять скопившиеся в бронхах секрет и мокроту.

Необходимо использовать по назначению врача обезболивающие препараты, лекарства, облегчающие отделение мокроты, а также антибактериальные препараты для профилактики и лечения воспаления легких.

Покажите пациенту, как правильно дышать. Дыхательной гимнастике обучает врач ЛФК, однако медсестра должна знать ее основные принципы и проводить профилактику пневмонии.

Внимание

Составьте и раздайте медсестрам алгоритмы по оказанию первой помощи при экстренных состояниях. Пропишите в них, как определить состояние, какие лекарства и медикаменты подготовить до прихода врача, а также порядок действий

Внимание

Перитонит и кишечная непроходимость – осложнения, связанные с высоким риском летального исхода. Обо всех жалобах пациента, связанных с отсутствием стула, сообщайте лечащему врачу

Перитонит и кишечная непроходимость. Воспаление брюшины вызывает изменение внешнего вида пациента: заостряются черты лица, глаза западают, лицо становится маскообразным, развивается бледность с серо-пепельным оттенком.

Часто нарушение кишечной проходимости в первые дни протекает бессимптомно, поэтому очень важно обращать внимание на отсутствие стула в течение трех суток после операции и своевременно сообщить об этом лечащему врачу.

Важно своевременно выявить метеоризм, который может быть симптомом перитонита и вызывать новые осложнения – нарушение сердечной деятельности, воспаление легких.

Задержка мочеиспускания. Адекватный диурез у послеоперационного пациента – признак нормальной функции мочевыделительной системы и косвенный показатель нормального кровообращения. Следите за соотношением введенной и выделенной жидкости.

Отслеживайте количество выделяемой мочи каждый час, если у пациента стоит мочевого катетер с мочеприемником, и каждые три-шесть часов – при отсутствии катетера. Если через шесть часов после операции пациент самостоятельно не может помочиться, обязательно сообщите лечащему врачу.

Гиподинамия. Гиподинамия, или ограничение двигательной активности, усиливает нарушения функции органов и систем у послеоперационных пациентов и может быть причиной тяжелых осложнений. Например, пневмонии, тромбозов, эмболических осложнений.

Чтобы пациент мог самостоятельно менять положение тела, используйте функциональные кровати. Для профилактики гиподинамии нужны лечебная физкультура, массаж, приспособления, которые помогают повысить физическую активность пациента, – балканская рама, «вожжи», ходунки.

Внимание

Разрешенная лечащим врачом степень физической активности и дыхательная гимнастика улучшают работу всех органов и систем организма, способствуют устранению застоя кровообращения

Глава IV. Уход за тяжелобольными и маломобильными пациентами

Тяжелобольные нуждаются в помощи медперсонала, сиделки или родственников. Однако нужно максимально поощрять самостоятельность ослабленного человека. А также индивидуально подбирать для каждого пациента средства реабилитации.

Какие средства реабилитации использовать

Используйте для людей с дефицитом самообслуживания специальные сиденья, стулья и поручни для санузла.

Для мытья головы в постели используйте надувные ванночки. Они изготовлены для того, чтобы волосы не контактировали с грязной водой. После того как ванночку накачивают воздухом, ее кладут под голову пациенту.

Для купания обездвиженных пациентов в палате или душевых, приемных отделениях, когда нужна санитарно-гигиеническая обработка физически недееспособных пациентов, используйте надувные ванны. Подъемники-ванны для инвалидов оборудованы откидными бортиками и системой спуска-подъема. Это позволяет максимально бережно и с минимальными физическими усилиями перемещать пациентов из кровати в передвижную ванну.

Внимание

Ежедневно умывайте, подмывайте пациентов, мойте им руки перед приемом пищи, мойте их в ванне или под душем не реже одного раза в неделю

Как проводить утренний или вечерний туалет ограниченно мобильных пациентов

Уход за полостью рта. Уход за полостью рта проводите минимум два раза в день – утром и вечером. Оптимально

Внимание

Если пациент не может самостоятельно снять протезы, помогите ему. Для этого захватите зубной протез большим и указательным пальцами правой руки с помощью салфетки. Снимите протез колебательными движениями

осуществлять гигиену полости рта пациента после каждого приема пищи. У тяжелобольных на слизистой оболочке рта и на зубах появляется налет, который состоит из слизи, сгущенных клеток эпителия, разлагающихся и загнивающих остатков пищи, бактерий. Это может спровоцировать в полости рта воспалительные и гнилостные процессы.

Для мобильного пациента достаточно создать удобства для осуществления процедуры. Можно деликатно напомнить о необходимости ее провести.

Для частично мобильного пациента, если он не в состоянии сам чистить зубы, ухаживающий должен стать его «рукой». Необходимо встать за пациентом, взять его руку с зажатой зубной щеткой и провести процедуру. Пациент должен видеть себя в зеркале, сидя перед раковиной. После совместной чистки зубов подкорректируйте процедуру – почистите задние зубы пациента и участки, которые не удалось почистить, стоя сзади. Для пациента очень важно не только очистить полость рта, но и сохранить самостоятельность.

Если человек не может встать, то проводите процедуру по алгоритму → 47.

Если пациент находится в бессознательном состоянии, он не только не в состоянии чистить зубы, но и глотать слюну, открывать и закрывать рот. У таких пациентов осуществляйте уход за полостью рта каждые два часа днем и ночью.

Если пациент не может самостоятельно ухаживать за зубными протезами, осуществляйте уход за ними по алгоритму → 48.

Внимание

Перед тем как поставить протезы пациенту, ополосните их чистой водой

Уход за ушами. Пациенту нужно обрабатывать только ушные раковины и околоушную область. Не проводите манипуляции в слуховом проходе. Сера, которая есть в наружном слуховом проходе, защищает его кожу от повреждений и воспаления. Сера – это не грязь, поэтому не надо ее старательно вычищать.

Алгоритм проведения процедур, если человек не может встать

- 1. Приготовьте** резиновые перчатки, стакан с водой, зубную пасту, мягкую зубную щетку, полотенце, емкость для сбора промывных вод, мешок для мусора. Используйте мягкую зубную щетку, которая не травмирует десны
- 2. Объясните** пациенту ход предстоящей процедуры
- 3. Придайте** пациенту положение полусидя или сидя в постели
- 4. Помогите** пациенту повернуть голову набок
- 5. Положите** полотенце на грудь пациента
- 6. Вымойте** руки, наденьте перчатки
- 7. Поставьте** под подбородок пациента на полотенце емкость для сбора промывных вод
- 8. Попросите** пациента набрать в рот воду и прополоскать рот
- 9. Смочите** водой зубную щетку и нанесите на нее зубную пасту
- 10. Разделите** условно верхнюю и нижнюю челюсть на четыре сегмента
- 11. Расположите** зубную щетку на щечной поверхности верхних зубов под углом 45°. «Выметающим» движением сверху вниз проведите по каждому сегменту не менее 10 раз
- 12. Почистите** жевательные поверхности верхних зубов
- 13. Расположите** щетку перпендикулярно верхним зубам, почистите их небные поверхности осторожными «выметающими» движениями сверху вниз – все четыре сегмента
- 14. Почистите** аналогично нижние зубы, а затем язык пациента
- 15. Помогите** пациенту прополоскать рот водой
- 16. Промокните** при необходимости полотенцем подбородок
- 17. Уберите** емкость и полотенце
- 18. Снимите** резиновые перчатки, вымойте руки

Алгоритм ухода за зубными протезами

- 1. Подготовьте** полотенце, резиновые перчатки, емкость для сбора промывных вод, чашку для протезов, зубную пасту, зубную щетку, марлевые салфетки, стакан с водой
- 2. Объясните** пациенту ход предстоящей процедуры
- 3. Помогите** пациенту повернуть голову набок
- 4. Прикройте** полотенцем грудь пациента до подбородка.
- 5. Вымойте** руки, наденьте перчатки.
- 6. Поставьте** емкость для сбора промывных вод под подбородок пациента на расстеленное полотенце
- 7. Попросите** пациента придерживать емкость рукой, а другой рукой взять стакан с водой, набрать в рот воды и прополоскать
- 8. Попросите** пациента снять зубные протезы и положить их в специальную чашку
- 9. Проведите** гигиену полости рта пациента
- 10. Почистите** протезы зубной щеткой с зубной пастой
- 11. Промойте** протезы холодной водой и положите их в стакан или специальную емкость для хранения протезов с чистой холодной водой. Добавьте одну таблетку активного очистителя

Внимание

Бывают случаи, когда необходимо очистить наружный слуховой проход от скопившихся в нем выделений или удалить серную пробку. Это может делать только врач или медицинская сестра по назначению врача

При обработке правого уха голова должна быть повернута влево, при обработке левого уха – вправо.

Уход за глазами. Обычный гигиенический уход за глазами проводите один–два раза в сутки. Отсутствие надлежащего ухода может привести к конъюнктивиту и воспалению кожи вокруг глаз.

Для этой процедуры подготовьте емкость с водой, мягкое полотенце или марлевые салфетки, емкость или полиэтиленовый пакет для грязных салфеток, пеленку или полотенце.

Удобно уложите или усадите пациента, прикройте подушку и грудь пациента пеленкой или полотенцем, сложите все салфетки, кроме двух, в емкость с водой.

Если на ресницах есть сухие корочки, на закрытые глаза положите обильно смоченные салфетки на несколько минут, чтобы корочки размокли и их можно было безболезненно удалить. Обработку начинайте с более чистого глаза. Сухой салфеткой слегка оттяните нижнее веко, а мокрыми салфетками промойте каждый глаз движением от наружного края к внутреннему. После этого кожу вокруг глаза промокните сухой салфеткой.

Уход за полостью носа. Гигиенический уход за полостью носа проводите один–два раза в сутки. Скопление выделений в виде слизи и корок может привести к затруднению дыхания через нос, воспалению слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, образованию язвочек.

Для гигиенического ухода за полостью носа наденьте перчатки, запрокиньте голову пациента, смочите водой ватную турунду и отожмите ее. Далее приподнимите и придержите кончик носа пациента левой рукой, а правой аккуратными вращательными движениями введите турунду в одну ноздрю. Такими же вращательными движениями удалите турунду. Аналогично обработайте вторую ноздрю. Для размягчения корочек по назначению врача можно использовать мази для носа.

Внимание

Нельзя отсасывать спринцовкой жидкость из носа, так как можно травмировать пациента

Уход за волосами. Если состояние пациента позволяет, мойте ему голову во время гигиенической ванны. Если он длительное время не встает – мойте в постели. Используйте для этого надувную ванночку.

Для удобства сложите одно полотенце и положите его между верхней поверхностью плеч и ванной. Положение отводного шланга ванной должно быть ниже предполагаемого уровня воды. Опустите отводной шланг в ведро для сбора грязной воды.

Контролируйте отток грязной воды в ведро. После окончания мытья головы вытрите волосы полотенцем. Женщинам с длинными волосами наденьте на голову полотенце, косыночку или высушите волосы феном, чтобы избежать переохлаждения. Помойте ванну проточной водой, вытрите ее насухо и обработайте антисептическим средством. При необходимости удалите из надувной ванны воздух. После этого ее можно сложить и хранить до последующего использования.

Бритье подопечного. От нежелательных волос страдают не только мужчины, но и женщины, у которых в пожилом возрасте начинают расти волосы в области верхней губы и подбородка.

Перед началом бритья посмотрите, есть ли у пациента родинки или бородавки. Затем придайте пациенту полусидячее положение и укройте его грудь клеенкой и салфеткой. Вторую салфетку намочите в воде. Для смягчения кожи положите на щеки и подбородок пациента теплую влажную салфетку на 5 минут. После этого равномерно нанесите крем или пену для бритья. Побрейте пациента.

После этого протрите лицо влажной салфеткой и промокательными движениями просушите его сухой салфеткой. По окончании нанесите на лицо мужчины лосьон, а женщине – питательный крем.

Уход за кожей лица. Для умывания выделите пациенту индивидуальный тазик, полотенце, мыло и другие пред-

Внимание

Психологически большинство людей чувствуют себя лучше, когда их волосы вымыты и приведены в порядок. Мужчин стригут коротко и один раз в неделю проводят гигиеническую ванну с мытьем головы. Женщинам с длинными волосами ежедневно расчесывают их густым гребешком, индивидуальным для каждой пациентки

меты туалета. Старайтесь направить усилия пациента на самостоятельное выполнение хотя бы малой части необходимых для умывания действий. Умывание лица проводят как в гигиенических целях, так и для повышения жизненного тонуса и улучшения самочувствия пациента.

Объясните пациенту, как будет произведена процедура, спросите, какую температуру воды он предпочитает.

Придайте пациенту полусидячее положение, укройте его грудь клеенкой и салфеткой. Вторую салфетку или одноразовую рукавицу намочите в воде. Оботрите лоб, щеки и шею пациента. Прополощите салфетку и повторите манипуляцию. Затем промокните сухим полотенцем. Если кожа лица сильно сухая, можно использовать увлажняющий крем.

Гигиена рук. Мобильный пациент сам в состоянии мыть руки, ему лишь необходимо напомнить об этом и немного помочь – проводить до раковины, подать мыло, полотенце. Пациент после инсульта не в состоянии управлять одной из рук, поэтому придерживайте его слабую руку. Помогайте пациенту и поощряйте его самостоятельность. Во время мытья рук обращайтесь особое внимание на межпальцевые промежутки.

Уход за ногтями на руках важен с точки зрения гигиены и безопасности пациента, а также для повышения его настроения. Чтобы подстричь ногти на руках, необходимы мисочка с водой, куда добавлено жидкое мыло, резиновые перчатки, индивидуальные ножнички, крем для рук. Под рукой должно быть и дезинфицирующее средство для обработки возможной ранки.

Руки пациента поместите в теплую мыльную воду на 2–3 минуты. Температура воды не должна превышать 40 °С. Выложите руки на полотенце, обсушите, подстригите ногти. После стрижки еще раз осушите кожу и обработайте кисти рук кремом. Ногти на руках стригут овалом.

Внимание

Умывать лучше чистой водой без примесей. Теплая вода, похлопывание и поглаживание лица во время мытья усиливают очищающее действие. Одновременно улучшаются кровообращение и питание кожи

Гигиена ног. Правильный уход за ногами у тяжелобольных также играет важную роль. Если пациент передвигается, ему ежедневно на ночь ополаскивают ноги теплой водой в тазу и тщательно протирают межпальцевые пространства. Если не ухаживать за ногами, могут возникнуть шероховатости кожи, опрелость и другие осложнения.

При уходе за ногтями ног есть опасность повредить кожу. Для людей с сахарным диабетом это может повлечь тяжелые последствия, поэтому желательно, чтобы уход за ногтями ног проводили специалисты.

Если на ногах есть мозоли, нельзя удалять их с помощью мозольных жидкостей, мазей или пластырей, так как все они содержат вещества, разъедающие кожу.

Ноги можно помыть в постели. Для этого положите под колени пациента подушку-ролик или скатайте в валик одеяло. Подстелите клеенку и пеленку. На них поставьте таз с водой. Помойте ноги с помощью губки и мыла. После этого осушите их полотенцем, уделяя особое внимание межпальцевой зоне. Очень сухую кожу смажьте увлажняющим кремом. Не применяйте вазелин или жирный крем.

Уход за гениталиями. Кожа половых органов вырабатывает смегму, которая накапливается, поэтому необходимо регулярно подмывать пациентов. Вместе с тем, чрезмерное мытье гениталий с использованием мыла и сильное трение кожи могут привести к воспалительным процессам кожи и желез этой области тела. Манипуляцию нужно проводить два раза в сутки, а также после каждого акта дефекации у всех пациентов, у женщин – после каждого мочеиспускания.

Если пациент может самостоятельно вымыть область промежности, лучше предложить ему сделать это самому и оставить его наедине.

Смена нательного и постельного белья. Меняйте постельное белье один раз в 7–10 дней и в экстренном порядке – по мере загрязнения.

Смену постельного белья тяжелобольным проводите с большой осторожностью. Пациент должен быть уверен, что его не уронят. Есть два способа смены белья: продольный и поперечный.

Продольный способ. Если кровать имеет ограждение, опустите его. Чистую простыню, пеленки и клеенку скрутите валиком в продольном направлении. Пациента поверните на бок от себя. Края грязного белья высвободите из-под матраса и скручивайте валиком продольно в направлении спины пациента. Грязную простыню максимально докрутите до пациента. Валик из чистой простыни раскатайте на кровати. После этого пациента сначала уложите на спину, а затем на другой бок.

После этого поднимите боковое ограждение, поменяйте пододеяльник.

Поперечный способ. При этом способе замену простыни производите сверху вниз. Желательно проводить манипуляцию вдвоем. В этом случае один человек может придерживать пациента за голову, шею и плечи, а второй – менять белье.

Приподнимите пациента поддерживающим захватом. Пусть один человек удерживает пациента через всю спину за подмышку, а другой убирает подушки, скручивает грязную простыню и подталкивает ее под крестец подопечного. Затем он раскручивает чистую простыню до ягодиц подопечного, меняет подушки или наволочки на них. После этого аккуратно уложите пациента.

Далее второй ухаживающий поднимает и удерживает ноги пациента, а первый скручивает грязную простыню, кладет ее в мешок и раскручивает чистую простыню до края кровати. Смените пододеяльник и убедитесь, что пациенту комфортно.

Перед сменой нательного белья объясните пациенту, как будет проходить процедура. Поощряйте самостоятельность пациента.

Шаблон

**Алгоритм смены нижнего белья
и одежды тяжелобольному**

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1. Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
1.1. Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Младшая медицинская сестра по уходу. Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело"
1.2. Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2. Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1. Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры. При выполнении данной услуги может использоваться помощник из числа медицинских работников или родственников пациента
3. Условия выполнения простой медицинской услуги	Стационарные
4. Функциональное назначение простой медицинской услуги	Профилактика заболеваний
5. Материальные ресурсы	
5.1. Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Отсутствуют
5.2. Реактивы	Отсутствуют
5.3. Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4. Продукты крови	Отсутствуют
5.5. Лекарственные средства	Отсутствуют
5.6. Прочий расходный материал	Перчатки нестерильные. Комплект чистого нательного белья. Комплект чистой одежды для пациента. Непромокаемый мешок для грязного белья. Клеенчатый фартук

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6. Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	
6.1. Алгоритм смены белья и одежды тяжелобольному	<p>I. Подготовка к процедуре:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры, получить его согласие. 2) Приготовить комплект чистого нательного белья и одежды. 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4) Надеть перчатки. <p>II. Выполнение процедуры:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Опустить поручни, оценить положение и состояние пациента. При необходимости - установить ширму. 2) Помочь пациенту сесть на край кровати. 3) Помочь пациенту снять рубашку (платье). Если одна руки повреждена или производится инфузия, надо начать с другой руки. Осторожно пронести рукав над поврежденной рукой (иглой, катетером). При внутривенном вливании флакон с раствором снимается со штатива и проносится через рукав. 4) Помочь пациенту снять нижнее белье. 5) Укрыть пациента простыней. 6) Помочь пациенту надеть чистую рубашку (ночную рубашку, пижамную куртку) сначала на поврежденную конечность. 7) Помочь пациенту снять носки. 8) Помочь пациенту лечь в постель, поправить простыню. 9) Помочь пациенту снять брюки, нижнее белье. 10) Помочь пациенту надеть чистое белье, носки и брюки.
	<p>III. Окончание процедуры:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Удобно расположить пациента в постели, накрыть одеялом 2) Поместить грязную одежду в мешок для грязного белья. 3) Протереть стул или тумбочку, где располагалось грязное белье и одежда, влажной ветошью. 4) Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции. 5) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 6) Уточнить у пациента его самочувствие. 7) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
7. Дополнительная информация об особенностях выполнения методики	<p>В ходе смены нательного белья и одежды не стоит обнажать пациента (нужно прикрывать его простыней). Следует обеспечивать его безопасность (страховка от падения). Необходимо поощрять пациента активно участвовать в процедуре, разговаривать с ним (поддержание личного достоинства, восполнение потребности в общении).</p> <p>Если пациент не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с одним - двумя помощниками. При этом один помощник осторожно поднимает голову и плечи пациента, а медицинская сестра одна или со вторым помощником снимает рубашку через голову, затем с рук пациента и надевает ему чистую рубашку в обратном порядке</p>
8. Достижимые результаты и их оценка	Пациент одет в чистое белье
9. Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	<p>Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему врачом, медицинской сестрой, фельдшером или акушеркой, включает сведения о цели данного действия. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на смену белья и одежды не требуется, так как данное действие не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента</p>
10. Параметры оценки и контроля качества выполнения методики	<p>Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии.</p> <p>Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации.</p> <p>Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения).</p> <p>Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги</p>
11. Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги	<p>Коэффициент УЕТ врача - 0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 3,0</p>
12. Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствует
13. Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

Как мыть тело обездвиженного пациента

Лежачего пациента можно полностью помыть в ванне, под душем или провести обмывание всего тела в кровати. Желательно, чтобы перед процедурой пациент опорожнил мочевой пузырь.

Температура воздуха в помещении должна быть не менее 24 °С, температура воды – 37–40 °С.

Для того чтобы вымыть в постели, разденьте пациента и подложите под него непромокаемую пеленку. Укройте нижнюю половину тела пациента. Смочите в мыльном растворе рукавичку-мочалку, обмойте область шеи, декольте, грудь, руки и подмышечные впадины, спину. После этого насухо промокните кожу полотенцем.

Затем укройте верхнюю часть тела и аналогично промойте живот, бедра и ноги. Кожу также промокните насухо без грубых трущих движений.

Мытье в ванне начинайте со смачивания всего тела теплой водой, мойте голову, затем – тело, руки, ноги. Положение пациента в ванне – полулежа с упором на подставку для ног. Вода должна доходить до верхней трети груди и не покрывать область сердца.

Если пациент может хотя бы частично помыться сам, проводите его в ванну, дайте намыленную мочалку. После завершения процедуры помогите пациенту выйти из ванны, промокнуть тело насухо полотенцем и одеться.

Продолжительность купания в ванне не должна превышать 20 минут. Не оставляйте пациента одного в ванне. У пожилого человека может возникнуть головокружение, измениться артериальное давление.

Иногда пациент отказывается принимать ванну или отсутствует возможность помыть его там. В этом случае посадите пациента на специальный стул и помойте его под душем. Последовательность действий – такая же, как при мытье в ванной. Если пациент может стоять, держась за поручень, проведите гигиену интимной зоны, после чего пациент может снова сесть.

Глава V. Профилактика пролежней

Лежачие пациенты делятся на три группы. К первой относят тех, у кого нет контактного дерматита или пролежней. Ко второй – пациентов, у которых есть пролежни. Вторая группа делится на подгруппы – в подгруппу 2А входят пациенты с пролежнями I-II стадий, в подгруппу 2Б – с пролежнями III-IV стадий. В третью группу включают пациентов с контактным дерматитом. Эти правила указаны в ГОСТе Росстандарта от 30.11.2015 № 56819-2015 «Профилактика пролежней».

Наиболее критические по развитию пролежней точки в положении на спине – затылок, лопатки, крестец, пятки, в положении пациента на боку – боковая поверхность бедер в проекции тазобедренных суставов.

Определите стадию развития пролежней

Чтобы определить стадию развития пролежней, используйте следующие признаки. Для I стадии развития пролежней характерно появление бледного участка кожи или устойчивая гиперемия кожи, не проходящая после прекращения давления; кожные покровы не нарушены.

Для II стадии развития пролежней характерно появление участка синюшно-красного цвета кожи с четкими

Внимание

Повреждение мягких тканей может возникнуть у послеоперационного пациента из-за длительного статического положения или от трения, при неправильном подборе средств ухода или когда кожные

покровы тесно соприкасаются с грубой поверхностью. Например, из-за складок или швов на одежде и постельном белье, крошек. Трение приводит к травме кожи и более глубоких мягких тканей.

Таблица 4. Дифференциально-диагностические признаки контактного дерматита, вызванного недержанием, и пролежней начальных стадий

Признак	Контактный дерматит	Пролежни I–II стадий
Гиперемия	Есть	Может быть
Бледность	Нет	Может быть
Отслойка эпидермиса	Нет	Может быть
Нарушение целостности кожных покровов (поверхностная язва)	Нет	Может быть
Везикулы или пузыри	Нет	Есть
Эрозии	Нет	Может быть
Воспалительная инфильтрация кожи	Есть	Есть
Шелушение	Может быть	Может быть
Трещины	Нет	Могут быть
Границы поражения	Расплывчатые	Четкие
Зуд и жжение	Есть	Может быть
Боль	Нет	Может быть

границами. Есть стойкая гиперемия кожи; наблюдается отслойка эпидермиса и поверхностное (неглубокое) нарушение целостности кожных покровов, например, поверхностная язва, которая клинически проявляется в виде потертости, пузыря или плоского кратера с распространением на подкожную клетчатку.

Чтобы точно определить, развились ли у пациента пролежни I–II степеней или контактный дерматит, используйте таблицу 4.

Для проведения дифференциальной диагностики в ГО-СТе разрешено использовать фотофиксацию. Снимайте точки, критические по развитию пролежней: затылок, лопатки, крестец, пятки в положении на спине; боковую поверхность бедер в проекции тазобедренных суставов в положении больного на боку. Чтобы исключить или подтвердить подозрения в появлении пролежней у пациента, снимайте места видимых изменений кожных покровов.

Перед съемкой проверьте, чтобы освещение участка кожи было прямым или боковым, – фотографировать против света нельзя. В кадр поместите черно-белый шаблон, чтобы при обработке изображения можно было правильно выставить баланс белого и четко определить цвет кожи. Снимки приложите к карте сестринского наблюдения за пациентом с пролежнями. Для подтверждения диагноза отправьте снимки и анкету пациента врачу.

Для III стадии развития пролежней характерно разрушение кожных покровов вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу, могут быть жидкие выделения из раны.

Для IV стадии развития пролежней характерно поражение (некроз) всех мягких тканей. На участке есть полость, в которой видны сухожилия или костные образования.

В домах сестринского ухода, хосписах и домах престарелых медперсонал регистрирует сведения о локализации, размере и стадии пролежней только в карте сестринского наблюдения.

ПРИМЕР

Что делать, если у пациента в больнице появились пролежни?

Тщательно анализируйте любой случай развития пролежней у пациентов. Сначала проверьте, не нарушали ли медсестры алгоритм профилактики пролежней и ухода за пациентом. Если нет, оцените состояние пациента, хватает ли в отделении оборудования и средств по уходу за кожей пациента, подгузников и впитывающих пеленок, достаточно ли персонала для ухода за тяжелобольными.

Внимание

Внесите в обязанности медсестер ежедневно клеивать в карту стационарного больного лист ежедневной оценки риска и стадии развития пролежней

Оцените риск развития пролежней

Оцените риск развития пролежней с помощью специальных шкал – Нортон, Ватерлоу, Брейден или Меддлей. Выберите шкалу оценки в зависимости от условий работы и профиля ЛПО или отделения.

Шкала Брейден

Клинический признак	Баллы			
	1	2	3	4
Чувствительность кожных покровов (способность реагировать на дискомфорт)	Полностью отсутствует	Существенно снижена	Незначительно снижена	Полностью сохранена
Влажность кожи	Постоянно влажная	Очень часто влажная	Влажная время от времени	Влажная редко
Уровень физической активности	Соблюдение строго постельного режима	Передвижение с помощью кресла-каталки	Соблюдение полупостельного режима	Достаточная физическая активность
Подвижность	Полная неподвижность	Подвижность существенно ограничена	Подвижность незначительно ограничена	Полностью сохранена
Уровень питания	Явно снижен	Возможно снижен	Достаточный	Очень хороший
Устойчивость кожи к трению и растяжению	Снижена	Возможно снижена	Полностью сохранена	-

Оценка результатов по шкале Брейден

Баллы	Степень риска
19-23	Нет риска
15-18	Есть риск
13-14	Умеренный риск
10-12	Высокий риск
9 и менее	Очень высокий риск

На сестринском совете предложите медсестрам принять выбранную шкалу за стандарт и на ее основе разработать листы оценки профилактики пролежней. Следите, чтобы каждое утро медсестры осматривали пациента и оценивали риск развития пролежней.

Если вы работаете в отделении хирургии, палате интенсивной терапии или учреждении сестринского ухода, используйте шкалу Брейден.

Шкала Нортон для оценки риска образования пролежней

Физическое состояние	Хорошее	Удовлетворительное	Тяжелое	Крайне тяжелое
Психическое состояние	Ясное	Апатия (безучастное)	Спутанное	Ступор
Активность	Ходит без посторонней помощи	Ходит с посторонней помощью	Нуждается в инвалидном кресле-коляске	Лежачий больной
Подвижность	Полная	Немного ограниченная	Значительно ограничена	Обездвиженность
Недержание	Нет	Иногда	Недержание мочи	Недержание мочи и кала
Баллы	4	3	2	1

Дополнение к шкале Нортон

Готовность к общению	Полная	Неполная	Частичная	Нет
Возраст, лет	Меньше 10	Меньше 30	Меньше 60	Больше 60
Состояние кожи	Здоровая кожа	Шелушащаяся, сухая	Влажная – 2	Аллергия, трещины
Сопутствующие заболевания	Нет	Диабет, анемия	Рассеянный склероз	Кома, паралич
Баллы	4	3	2	1

Оценка результатов по шкале Нортон*

Баллы	Степень риска
Больше 14	Опасность невелика
14 и менее	Есть опасность образования пролежней
12 и менее	Очень вероятно

* При оценке по дополненной шкале Нортон пациенты с общей суммой 25 баллов и меньше имеют риск развития пролежней.

Если вы работаете в гериатрическом отделении, используйте шкалу Нортон. По этой шкале пациентов подразделяют с учетом пяти показателей, включая физическое состояние, сознание и активность, подвижность и наличие недержания.

Шкала Ватерлоу

Телосложение: масса тела относительно роста	Балл	Тип кожи	Балл	Пол Возраст, лет	Балл	Особые факторы риска	Балл
Среднее	0	Здоровая	0	Мужской	1	Нарушение питания кожи, например, терминальная кахексия	8
Выше среднего	1	Папиросная бумага	1	Женский	2	Сердечная недостаточность	5
Ожирение	2	Сухая	1	14–49	1	Болезни периферических сосудов	5
Ниже среднего	3	Отечная	1	50–64	2	Анемия	2
		Липкая, холодный пот (повышенная температура)	1	65–74	3	Курение	1
		Изменение цвета (бледная)	2	75–81	4		
		Поврежденная, болезненная (трещины, пятна)	3	Более 81	5		
Недержание	Балл	Подвижность	Балл	Аппетит	Балл	Неврологические расстройства	Балл
Полный контроль (через катетер)	0	Полная	0	Средний	0	Диабетическая невропатия, множественный склероз, инсульт, апоплексия, моторная (сенсорная) параплегия	4–6
Иногда недержание	1	Беспокойный, суетливый	1	Плохой	1		
Катетер, но недержание кала	2	Апатичный	2	Питание через зонд (только жидкость)	2		
Недержание кала и мочи	3	Ограниченная подвижность	3	Отказ от пищи (голодание)	3		
		Инертный	4				
		Неподвижность (кресло-каталка)	5				

Обширное оперативное вмешательство (травма)	Балл	Лекарственная терапия	Балл
Ортопедическое – ниже пояса, позвоночник	5	Цитостатические препараты	4
Оперативное вмешательство (более 2 ч)	5	Высокие дозы стероидов	4
		Противовоспалительные препараты	4

Оценка результатов по шкале Ватерлоу

Баллы	Степень риска
1–9	Нет риска
10	Есть риск
15	Высокая степень риска
20	Очень высокая

Шкала Ватерлоу применима ко всем категориям больных. Оцените пациента по 10 предложенным параметрам и суммируйте полученные баллы.

У неподвижных пациентов оценку степени риска развития пролежней проводите ежедневно, даже в случае, если при первичном осмотре степень риска оценивалась в 1–9 баллов.

Если вы работаете в отделении неврологии, используйте шкалу Меддлей.

Профилактику начинайте немедленно при возникновении риска развития пролежней.

Шкала факторов риска образования пролежней Меддлей

Фактор	Баллы
Активность – подвижность	
Передвижение без посторонней помощи	0
Передвижение с посторонней помощью	1
Коляска (более 12 ч)	4
Постель (более 12 ч)	6
Состояние кожи	
Здоровая (чистая и влажная)	0
Шелушение или ссадины	2
Снижение тургора, сухая кожа	4
Отек и (или) покраснение	6
Появление пролежня	6
Сопутствующие заболевания	
Отсутствие	0
Хронические заболевания со стабильным статусом	1
Острые и хронические заболевания с нестабильным статусом	2
Терминальные или тяжелые	3
Подвижность – объем движений	
Полный произвольный объем движений	0
Движения с ограниченной помощью	2
Движения только с посторонней помощью	4
Обездвиженность	6
Уровень сознания (выполнение команд)	
Настороженность	0
Апатичное состояние (спутанное сознание)	1
Полукоматозное состояние (наличие ответа на раздражение)	2
Коматозное состояние (отсутствие ответа на раздражение)	3
Уровень питания	
Хороший (ест (пьет) или назогастральное питание)	0

Фактор	Баллы
Посредственный (недостаточное потребление для поддержания массы тела)	1
Плохой (ест (пьет) очень мало)	2
Очень плохой (неспособность самостоятельно есть или отказ от пищи, истощение)	3
Недержание мочи	
Нет или катетеризация	0
Редко (меньше 2 раз за 24 ч)	1
Обычно (больше 2 раз за 24 ч)	2
Постоянно (без контроля)	3
Недержание кала	
Отсутствие	0
Редко (оформленный стул)	1
Обычно (с полуоформленным стулом)	2
Постоянно (без контроля)	3
Боль	
Нет	0
Слабая	1
Периодическая	2
Сильная	3

Оценка результатов по шкале Меддлей

Баллы	Степень риска
0–9	Низкий риск
10–19	Средний риск
20–36	Высокий риск

Таблица 5. Виды и типы противопролежневых матрацев

Основные характеристики	Материал	Принцип действия	Примечания	
<i>Пассивные</i>				
Неспециализированные поролоновые	Пенополиуретан вторичного вспенивания	Перераспределение давления	Нет профилактики мацерации кожных покровов	
Специализированные пенные	Вискоэластик (полиуретан с открытыми ячейками)			
<i>Активные</i>				
Ячеистые или пузырьковые (bubble) без микроперфорации	Как правило, поливинилхлорид	1. Перераспределение давления. 2. Периодическая смена мест контактной поверхности	Нет профилактики мацерации кожных покровов	
Ячеистые или пузырьковые (bubble) с микроперфорацией	Как правило, поливинилхлорид		Предусмотрен обдув кожных покровов	
Трубчатые ячейки высотой 13–18 см, размещается на стандартном матраце, накладной (overlays), переменное давление	Большое разнообразие, предпочтение сочетанию нейлона с ламинацией полиуретаном		Принцип воздушной подушки	Обдув кожных покровов обязателен
Трубчатые ячейки высотой больше 18 см, размещается вместо стандартного матраца, заместительный (replacement), переменное давление				
Комбинированные: высокие трубчатые ячейки на пенной основе, размещается вместо стандартного матраца, заместительный (replacement), переменное давление				
Постоянные низкотокового давления на основе трубчатых ячеек высотой более 18 см, заместительный				

Выберите противопролежневый матрац

Выбирайте противопролежневый матрац в зависимости от степени риска развития пролежни и веса пациента. При низкой степени риска и небольшом весе больного может быть достаточно поролонового матраца толщиной 10 см. Важно, чтобы масса тела больного равномерно распределялась на поверхности. При более высокой степени риска или если у пациента уже есть пролежни, используйте другие виды матрацев. Виды и типы противопролежневых матрацев представлены в таблице 5.

Внимание

Применяйте противопролежневый матрац сразу, как только у пациента появился риск развития пролежней, а не когда появились пролежни

Если сажают пациента в кресло или коляску, поместите под ягодицы или за спину противопролежневые подушки толщиной 10 см. Под стопы положите противопролежневые прокладки толщиной не меньше 3 см. Если пациент лежит на боку, положите противопролежневые прокладки или подушки между коленями. Если есть риск, что пациент будет сползать в кресле, зафиксируйте его.

Выберите средства и методы ухода

При уходе за лежачими пациентами применяйте одно-разовые средства гигиены: губки, волокнистые, пенообразующие перчатки. Для ухода за кожей используйте гипоаллергенные средства – пены, лосьоны, кремы, гели. Не используйте кусковое мыло. Оно создает трение, а значит, увеличивает риск развития пролежней. Тщательно высушивайте кожу после мытья промокающими движениями.

Противопролежневые мероприятия регистрируйте в карте сестринского наблюдения за пациентами с пролежнями. Перечень мероприятий смотрите в таблице 6. Техника проведения каждого мероприятия приведена в ГОСТе.

Меняйте положение тела пациента каждые 2 часа, в том числе в ночное время, по графику, указанному в таблице 7. Результаты осмотра записывайте в лист регистрации противопролежневых мероприятий.

Не применяйте запрещенные средства

ГОСТ по профилактике пролежней впервые прямо запрещает применять некоторые средства для лечения и профилактики пролежней. Например, нельзя использовать зеленку, перманганат калия, хлоргексидин, камфорный спирт, одеколон, салициловую кислоту.

Таблица 6. Профилактика в амбулаторно-поликлинических (в т. ч. на дому) и стационарных условиях

Код медицинской услуги	Наименование медицинских услуг	Частота предоставления	Кратность выполнения*
A13.30.001	Обучение самоуходу	0,5	5
A13.30.004	Обучение близких уходу за тяжелобольным пациентом	0,5	1
B04.069.006	Школа ухода за пациентом	1	1
A14.01.001	Уход за кожей тяжелобольного пациента	1	360
A14.01.002	Уход за волосами, ногтями, бритье тяжелобольного пациента	1	30
A14.19.001	Пособие при дефекации тяжелобольного пациента	1	30
A14.28.001	Пособие при мочеиспускании тяжелобольного пациента	1	180
A14.30.001	Перемещение и (или) размещение тяжелобольного пациента в постели	1	360
A14.30.004	Приготовление и смена постельного белья тяжелобольному	1	30
A14.30.005	Пособие по смене белья и одежды тяжелобольному	1	30
A14.30.007	Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольных	1	60
A14.30.012	Оценка степени риска развития пролежней	1	30
A14.30.013	Оценка степени тяжести пролежней	1	30
A14.30.002	Транспортировка тяжелобольного пациента внутри учреждения	1	10

* Приведенная кратность выполнения медицинских услуг является усредненной величиной, рассчитанной на 30 дней.

Таблица 7. Рекомендуемый план ухода при риске развития пролежней для пациента, который может сидеть

Сестринские вмешательства	Частота
1. Проводить текущую оценку риска развития пролежней не менее 1 раза в день (утром) по шкале Ватерлоу	Ежедневно 1 раз
2. Изменять положение пациента каждые 2 ч*: <ul style="list-style-type: none"> – 8–10 ч – положение сидя; – 10–12 ч – положение на левом боку (положение 30°); – 12–14 ч – положение на правом боку (положение 30°); – 14–16 ч – положение сидя; – 16–18 ч – положение Симса; – 18–20 ч – положение сидя; – 20–22 ч – положение на правом боку (положение 30°); – 22–24 ч – положение на левом боку (положение 30°); – 0–2 ч – положение Симса; – 2–4 ч – положение на правом боку (положение 30°); – 4–6 ч – положение на левом боку (положение 30°); – 6–8 ч – положение Симса. Если пациент может быть перемещен (или перемещаться самостоятельно с помощью вспомогательных средств) и в кресле (инвалидной коляске), он может находиться в положении сидя и в кровати	Ежедневно каждые 2 ч, в ночное время по потребности с учетом риска развития пролежней
3. Обмывание загрязненных участков кожи	Ежедневно по потребности
4. Проверка состояния постели при перемене положения (каждые 2 ч)	Ежедневно каждые 2 ч, в ночное время по потребности с учетом риска развития пролежней
5. Обучение родственников пациента технике правильного перемещения (приподнимая над кроватью)	Однократно в рамках школы ухода за пациентом и по потребности
6. Обучение пациента самостоятельному перемещению в кровати с помощью устройства для приподнимания	Однократно в рамках школы ухода за пациентом и по потребности
7. Обучение пациента технике безопасного самостоятельного перемещения с кровати в кресло с помощью других средств	Однократно в рамках школы ухода за пациентом и по потребности
8. Определение количества съеденной пищи (количество белка не менее 120 г)	Ежедневно 4 раза
9. Обеспечить употребление не менее 1,5 л жидкости в сутки: <ul style="list-style-type: none"> – с 9:00 до 13:00 – 700 мл; – с 13:00 до 18:00 – 500 мл; – с 18:00 до 22:00 – 300 мл 	В течение дня
10. Использовать противопролежневые подушки (прокладки), исключающие давление на кожу, под участки риска, в том числе в положении пациента сидя (под стопы)	В течение дня

Сестринские вмешательства	Частота
11. При недержании: – мочи – смена подгузников каждые 6 ч; – кала – смена подгузников немедленно после дефекации с последующей бережной гигиенической процедурой; – защита кожи промежности, например специальными защитными пленками и кремами, пропитанными очищающими, увлажняющими и защищающими средствами, салфетками.	В течение дня
Рекомендуемый режим использования абсорбентов: 3 подгузника в течение дня и 1 подгузник на ночь с последующей бережной гигиенической процедурой, которая проводится при помощи профессиональных (косметических) средств, медицинских изделий по уходу за кожей	
12. При усилении болей – консультация врача	В течение дня
13. Обучение пациента и поощрение его изменять положение в постели (точки давления) с помощью перекладин, поручней и других приспособлений	Однократно в рамках школы ухода за пациентом и по потребности
14. Массаж кожи около участков риска развития пролежней	Ежедневно 3 раза
15. Обеспечить противопролежневый матрасом и подушкой для кресла-коляски с первого дня пребывания в стационаре	Однократно при поступлении и после оценки риска развития пролежней

* Выбор положения и его чередование могут изменяться в зависимости от заболевания и состояния пациента.

Не подкладывайте резиновые круги и матерчатый «бублик» под пациента. Нельзя массировать участки тела, на которых наиболее вероятно развитие пролежней. Запрещено мыть пациента кусковым мылом и без профессиональных косметических средств по уходу за кожей – лосьонов, гелей, пенки. Полный перечень запрещенных средств смотрите в ГОСТе.

Объясните родственникам пациента, что не стоит применять для профилактики пролежней и ухода средства, которые советуют в Интернете, – они могут только навредить. Обучите родственников правильно ухаживать за пациентом. Для этого следуйте рекомендациям школы пациента.

«Типичная практика» для перераспределения давления у пациентов с риском развития пролежней в отечественных медицинских учреждениях

Изменение положения пациента в постели или в кресле «несколько раз в день»	Малозффективно. Пациенту необходимо менять положение тела каждые 2 часа, а не от случая к случаю, иначе происходит развитие пролежней
Резиновый круг помещают под крестец	Неэффективно. Резиновый круг освобождает крестец, но служит причиной развития пролежней в тех местах, где соприкасается с кожей пациента
Ватно-марлевые круги помещают под локти	Неэффективно. Жесткая поверхность кругов является предпосылкой развития нового пролежня
«Страхивание» крошек с постели и расправление постельного и нательного белья	Малозффективно. Белье должно быть мягким и без швов, немятым и свежим. Тяжелые пациенты редко оставляют большое количество крошек, так как страдают сниженным аппетитом
Массаж «рискованных» участков тела	Отрицательный эффект. Интенсивный массаж способствует травмированию кожи
Гигиенические мероприятия	Отрицательный эффект. Необходимы косметические и гигиенические средства, разработанные для ухода за кожей, ее очищения и увлажнения. Средства на спирту или содержащие спирт способствуют иссушению рискованных участков кожи, что приводит к травматизации кожи и большему риску возникновения и развития пролежней
Применение противопролежневых матрасов	Малозффективно. Противопролежневые матрасы имеют различную конфигурацию, назначение, их необходимо подбирать индивидуально, а не назначать одинаковые для всех

Источник: «Стандартизация в сестринской практике как элемент обеспечения качества при профилактике внутрибольничных инфекций», тема диссертации и автореферата по ВАК 14.00.33, кандидат медицинских наук Изабелла Иосифовна Тарновская.

Организируйте школу ухода за пациентом

Школа ухода за пациентом в конце 2017 года была включена в перечень медицинских услуг, а следовательно, и в программу госгарантий. Школу можно организовать как в стационаре, так и в амбулатории.

Отберите для работы в школе одну–две медицинских сестры в зависимости от количества тяжелобольных

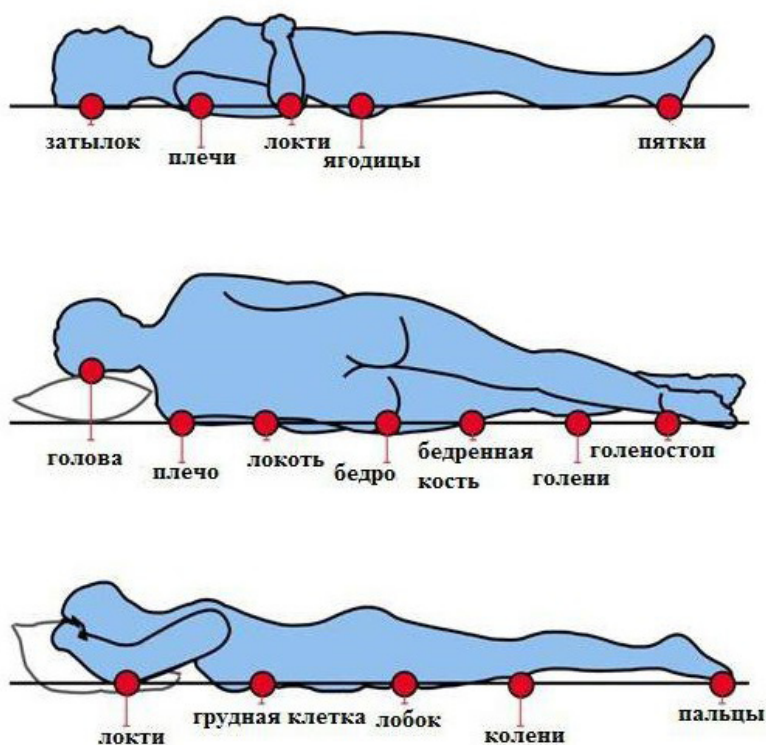


Рисунок. Места образования пролежней

пациентов в стационаре или тех, кто прикреплен к амбулатории.

Составьте план занятий для медсестер, которые будут читать пациентам и их родственникам лекции о правильном уходе и основных принципах профилактики пролежней. Примерный план занятий в школе представлен в протоколе ГОСт и включает в себя следующие важные аспекты, касающиеся профилактики пролежней: личная гигиена, уход за кожей, волосами и ногтями, бритье, приготовление и смена белья, уход за промежностью и наружными половыми органами. Медсестры также должны рассказать пациентам и их родственникам о причинах и местах появления пролежней, оценке степени их развития. Раздать слушателям схемы по уходу и информационные буклеты (рисунок). После лекций медсестры должны на практике показать, как выполнять все необходимые манипуляции.