**Занятие № 1 Тема: «Устройство ЛПУ»**

1. Уметь произвести санитарную обработку больного в приемном отделении при выявлении педикулеза.
2. Уметь осуществлять транспортировку больных из приемного отделения в стационар.
3. Уметь измерить длину тела.
4. Уметь определить массу тела.

**Алгоритм выполнения** **санитарной обработки больного в приемном отделении при выявлении педикулеза.**

Этапы санитарно-гигиенической обработки:

1) дезинсекция (лат. des– приставка, обозначающая уничтожение, insectum – насекомое; уничтожение членистоногих, выступающих переносчиками возбудителей инфекционных заболеваний);

2) гигиеническая ванна (душ, обтирание);

3) стрижка волос и ногтей;

4) переодевание больного в чистое бельё.

 Необходимое оснащение для дезинсекции.

- защитная одежда – медицинский халат, косынка, маска, клеёнчатый фартук или специальная одежда из прорезиненной ткани резиновые перчатки.

- дезинсектицидный раствор: шампунь, уксус (6% раствор, подогретый до 30 °С), спирт (70%);

- полиэтиленовые косынка и пелёнка, клеёнка, полотенца, бумага, частый гребень, ножницы;

- таз для сжигания волос и спички;

- леёнчатый мешок.

В настоящее время общемировой тенденцией является использование одноразовой медицинской одежды и белья из нетканого многослойного материала нового поколения – CMC. Материал CMC состоит из трёх слоев: слоя спанбонда, слоя мельтблауна и ещё одного слоя спанбонда. Материал CMC обеспечивает надёжную защиту медперсонала, особенно при работе с ВИЧ-инфицированными, больными гепатитом В, С и т.д. Различают несколько видов дезинсектицидных растворов. 20% раствор эмульсии бензилбензоата, специальные шампуни (например, «Элко-инсект»), специальные лосьоны (например, «Ниттифор»).

 Порядок выполнения процедуры:

1. Подготовиться к проведению санитарно-гигиенической обработки: разложить необходимое оснащение и надеть защитную одежду.

2. Постелить на табуретку (кушетку) клеёнку, усадить на неё больного и покрыть ему плечи полиэтиленовой пелёнкой.

3. При необходимости остричь волосы над подготовленным тазом.

4. Обработать волосы дезинсектицидным раствором, завязать голову полиэтиленовой косынкой и сверху полотенцем, оставив на определённое время (время смачивания волос зависит от вида применяемого раствора – см. конкретную инструкцию).

5. Развязать голову и промыть волосы тёплой проточной водой, затем шампунем.

6. Осушить волосы полотенцем и обработать подогретым 6% раствором уксусной кислоты.

7. Вновь завязать голову полиэтиленовой косынкой и сверху полотенцем, оставив на 20 мин.

8. Развязать голову и промыть тёплой проточной водой, высушить полотенцем.

9. Наклонить голову пациента над белой бумагой и тщательно вычесать по прядям волосы частым гребнем, затем повторно осмотреть волосы пациента.

10. Сжечь остриженные волосы и бумагу в тазу.

11. Сложить одежду больного и защитную одежду медицинской сестры в клеёнчатый мешок и отправить в дезинфекционную камеру. Гребень и ножницы обработать 70% спиртом, помещение - дезинсектицидным раствором.

Применение дезинсектицидных растворов противопоказано при беременности, у рожениц и кормящих грудью, детей до 5 лет, а также при заболеваниях кожи головы.

Санитарно-гигиеническая обработка больных при обнаружении лобковых вшей.

1. Обмыть тело больного горячей водой с мылом.

2. Сбрить поражённые волосы.

3. Повторно обмыть тело больного горячей водой с мылом.

4. Сжечь остриженные волосы в тазу.

5. Сложить одежду больного и защитную одежду медицинской сестры в клеёнчатый мешок и отправить в дезинфекционную камеру. Бритву и ножницы обработать.

**Алгоритмы транспортировки больных внутри лечебного учреждения.**

**Цель:** Безопасно транспортировать пациента в зависимости от состояния: на носилках, кресле-каталке, на руках, пешком в сопровождении медработника.

**Показания:** Состояние пациента.

**Возможные проблемы пациента:**

1. Возбуждение пациента.

2. Бессознательное состояние пациента.

3. Необходимость в соблюдении определенного положения и др.

**Последовательность** действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды.

**Алгоритм транспортировки пациента** **на каталке (носилках, вдвоем):**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе её выполнения.

2. Подготовьте каталку к транспортировке, проверьте ее исправность, продезинфицируйте.

3. Постелите в каталку одеяло с простыней. Подушку (при необходимости - клеенку).

4. Поставьте каталку ножным концом под углом к головному концу кушетки или другим способом, более удобным в данной ситуации,

5. Приподнимите пациента: один медработник подводит руки под шею пациента и туловище, другой - под поясницу и бедра.

6. Поднимите пациента, вместе с ним повернитесь на 90 градусов в сторону каталки или носилок и уложите его.

7. Укройте пациента второй половиной одеяла или простыней.

8. Встаньте: один медработник спереди каталки спиной к пациенту, другой - сзади каталки, лицом к пациенту.

9. Транспортируйте пациента в отделение с историей болезни.

10. Поставьте каталку к кровати, в зависимости от площади палаты.

11. Снимите одеяло с кровати.

12. Переложите пациента на кровать, используя безопасную методику.

13. Продезинфицируйте каталку в соответствии с действующими приказами.

**Алгоритм транспортировки пациента** **на кресле-каталке:**

**Последовательность** действий медсестры с обеспечением безопасности окружающей среды:

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.

2. Подготовьте кресло-каталку к транспортировке, проверьте ее исправность.

3. Наклоните кресло-каталку вперед, наступив на подставку для ног

4. Попросите пациента встать спиной к креслу на подставку для ног и, поддерживая, усадите его в кресло.

5. Опустите кресло каталку в исходное положение, прикройте одеялом.

6. Транспортируйте пациента так, чтобы его руки не выходили за пределы подлокотников кресла-каталки.

7. Обработайте кресло-каталку в соответствии с действующими приказами.

**Примечания:**

1. Вниз по лестнице пациента несут ногами вперед, причем передний конец носилок приподнят, а задний опущен, для того чтобы достигнуть горизонтального положения носилок.

2. Вверх по лестнице пациента несут головой вперед и также в горизонтальном положении.

3. При транспортировке пациента на носилках надо идти не в ногу, короткими шагами слегка сгибая ногу в коленях и удерживая носилки в горизонтальном положении.

4. При любом способе транспортировки сопровождающий пациента обязан передать пациента и его историю болезни палатной медицинской сестре.

**Алгоритм определения массы тела.**

Необходимое оснащение.

• Медицинские весы.

• Салфетки одноразовые.

Измерять массу тела (вес) больного следует утром, после посещения им туалета (после освобождения кишечника и опорожнения мочевого пузыря) и до завтрака.

Порядок выполнения процедуры.

1. Подложить на площадку весов (под ноги пациента) сменную салфетку.

2. Открыть затвор весов и отрегулировать их: уровень коромысла весов, на котором все гири находятся в «нулевом положении», должен совпадать с контрольной отметкой – «носиком» весов в правой части весов.

3. Закрыть затвор весов и предложить больному встать (без обуви) в центр площадки весов.

4. Открыть затвор и определить массу больного, передвигая гири на двух планках коромысла до тех пор, пока коромысло не встанет вровень с контрольной отметкой медицинских весов.

5. Закрыть затвор.

6. Помочь больному сойти с весов и убрать салфетку.

7. Записать данные измерения.

Сегодня всё большее распространение получают электронные весы (с дискретностью 50–100 г), имеющие совмещённый с платформой дисплей (или выносной блок дисплея).

 Сегодня в клинической практике широко применяют расчёт так называемого индекса массы тела (ИМТ), или индекса Кетле, который в определённом смысле можно считать весоростовым показателем. ИМТ вычисляется по формуле:

ИМТ = масса тела (кг) / рост (м) х рост (м).

Идеальный ИМТ – 24 кг/м2. При таком ИМТ показатель смертности человека минимален.

ИМТ более 30 кг/м2 свидетельствует об ожирении, менее 18 кг/м2 – о недостаточной массе тела.

**Занятие № 2 Тема: «Принципы ухода. Личная гигиена больного»**

1. Уметь сменить нательное белье тяжелобольному.
2. Уметь сменить постельное бельё тяжелобольному.
3. Уметь подать судно.
4. Уметь провести подмывание больного.
5. Уметь осуществить уход за полостью рта.
6. Уметь осуществить уход за глазами.
7. Уметь закапать капли в глаза.
8. Уметь осуществить уход за ушами.
9. Уметь закапать капли в уши.
10. Уметь провести туалет носа.
11. Уметь закапать капли в нос.
12. Уметь осуществить уход за волосами.

**Алгоритм смены нательного белья**

**Последовательность выполнения:**

1. Вымыть руки, надеть перчатки.

2. Приподнять верхнюю половину туловища пациента.

3. Осторожно скатать грязную рубашку до затылка.

4. Приподнять обе руки пациента и скатанную у шеи рубашку снять через голову пациента, а затем освободить руки (если одна рука травмирована, то снять рубашку сначала со здоровой, а затем с больной руки).

5. Положить грязную рубашку в клеенчатый мешок.

6. Надеть чистую рубашку: вначале надеть рукава (если одна рука повреждена, то сначала на больную руку, затем на здоровую), потом перевести рубашку через голову и расправить на спине и груди.

7. Снять перчатки, вымыть руки.

**Алгоритм смены постельного белья**

**Смена постельного белья**

**1-й способ** (применяется в тех случаях, если больному запрещены активные
движения в постели, т.е. при строгом постельном режиме) (рис. 1).

**Последовательность выполнения:**

1.Вымыть руки, надеть перчатки.

2.Чистую простыню скатать по ширине валиком.

3. Раскрыть пациента, осторожно приподнять верхнюю часть туловища
пациента, убрать подушки, сменить наволочки.

4. Быстро скатать грязную простыню со стороны изголовья кровати до
поясницы, а на освободившую часть расстелить чистую простыню.

5. На чистую простыню положить чистые подушки и опустить на них голову
пациента.

6. Приподнять таз, а затем нижние конечности пациента, убрать грязную
простыню, расправить чистую.

7. Опустить таз и ноги пациента, заправить края простыни под матрац.

8. Сменить пододеяльник, укрыть больного.

9. Положить грязное белье в клеенчатый мешок.

10.Снять перчатки, вымыть руки.



Рис. 1 Смена постельного белья (первый способ)

**2-й способ** (применяется в тех случаях, если больному разрешено поворачиваться в постели, т.е. при постельном режиме) (рис. 2).

**Последовательность выполнения:**

1. Вымыть руки, надеть перчатки.

2. Чистую простыню скатать валиком по длине до половины кровати.

3. Раскрыть пациента, приподнять его голову и убрать подушку.

4. Подвинуть пациента к краю кровати и осторожно повернуть его на бок и
поддерживать в этом положении.

5. Скатать грязную простыню по всей длине по направлению к пациенту.

6. На освободившейся части постели расстелить чистую простыню.
7. Осторожно повернуть пациента на спину, а затем на другой бок так, чтобы
он оказался на чистой простыне.

8.Убрать грязную простыню и положить ее в клеенчатый мешок.
9. Расправить на освободившейся части чистую простыню, подвернуть край
под матрац.

10. Положить пациента на спину.

11.Сменить наволочки и положить подушки под голову.
12.Сменить пододеяльник и укрыть пациента.
13.Грязное белье положить в клеенчатый мешок.
14.Снять перчатки, вымыть руки.



Рис. 2 Смена постельного белья (второй способ)

**Алгоритм подачи судна.**

*Оснащение:* судно, клеенка, ширма, дезраствор. Если у больного возникает позыв на дефекацию или мочеиспус­кание, необходимо:

1. Отгородить его ширмой от окружающих, подложить под таз больного клеенку.

2. Ополоснуть судно теплой водой, оставив в нем немного воды

3. Левую руку подвести сбоку под крестец больного, помогая больному приподнять таз (его ноги согнуты в коленях).

4. Правой рукой подвести судно под ягодицы больного, чтобы промежность оказалась над отверстием судна.

5. Прикрыть больного одеялом и оставить его одного.

6. После акта дефекации вылить содержимое судна в унитаз, ополоснув судно горячей водой (лучше с порошком).

7. Подмыть больного, осушить промежность, убрать клеенку.

8. Продезинфицировать судно дезраствором.

**Алгоритм подмывания больных (женщин).**

*Оснащение:* кувшин с теплым (30—35°С) слабым раствором калия перманганата (антисептическое средство) или водой, корнцанг, салфетка, клеенка, судно.

1. Помочь больной лечь на спину (ноги должны быть слегка согнуты в коленях и разведены).

2. Постелить клеенку и поставить на нее судно.

3. Встать справа от больной и, держа кувшин в левой руке, а корнцанг с салфеткой в правой, лить антисептический раствор на половые органы, а салфеткой производить движения от половых органов к заднепроходному отверстию, т.е. сверху вниз.

4. Осушить сухой салфеткой кожу промежности в том же направлении.

5.Убрать судно и клеенку.

**Алгоритм** [**ухода за кожей**](http://click01.begun.ru/click.jsp?url=N5NGDsHIycgCQgwhKwb9bUI-p-M4yoGZ6kBuTvSvmTkpTTfMAXjQnvarpPgGwXGImbBeqdYDoJT2Vc*MRoVJqESdvnVIxdE2VoAXHuJPApsMh9gkne07gdYEJzfI2JcOxavMM3K5ZaMonXxsVxUX*oiYi8FKhXnDVYDjEnX9I9rraHts9KWPhqt59n*rrOc1on4ATantjgalvaU4MUtH4vAmf5dJQ6BBxqdVwaBexNhvBzNUYUXRw3azR4ZXmtsqPGB6eB6Z9Y7j6DgNqTVmg5cmv3pdTRG-ks4GhHS3dHLJCXUhXgp9RC6p0zDrwDx-DNNsKAkaLNlWwH*8me5OeRnLM6plN9nowwJsV3jSr70Buf4mXbuwy1lMzQylFjHNP7-4ootkrxPZ3N8x)

Не реже одного раза в неделю больному, если позволяет его состояние, назначают гигиеническую ванну или душ. [Противопоказаниями к применению](http://click01.begun.ru/click.jsp?url=N5NGDpCWl5bksl1UXnOIGDdK0oZNv-TsnzUbOyZP4XbAu5un6Md32KlePW97iDwmPQ5k7n4d5uPRrDvP-LtxMphlLjHrfgGzPh1Tbw1u5bQKuQA2X8PQnbui0kxbF6JrG8JQNOp2okgmPe3Euvaz0Mt4KvW1JwWkpRbj3AIlwVMggKlXtoAsKOGqbwV3T0gCPzqJdXn4DghiOhKRCtt0Y1xqBLYwp9Yi0ncRE-JBvolgHQPnhnVU6bqMkQy8GQJ6yV9q-cL50D3RNAI5-aLSG74YplZ449V1o7ppp9VdLrTz*qRaxtD6sMQ-QhKu3oeERvuX9irshdCy83Ff3W8kRqvUx7I) гигиенической ванны или душа являются некоторые кожные заболевания (экзема, аллергическая сыпь и др.), кровотечения (маточные, геморроидальные и др.), выраженное истощение, адинамия. Полным противопоказанием являются заболевания, при которых больному требуется полный покой (инфаркт миокарда, сердечно-сосудистая недостаточность II - III степени и другие тяжелые (хирургические, неврологические и др.) заболевания.

Если больной ослаблен и ванна или душ ему противопоказаны, тело обтирают теплой водой при помощи губки. Поочередно обтирают лицо, шею, грудь, руки. Обработанные участки тела вытирают насухо полотенцем, накрывают простыней или одеялом во избежание переохлаждения, а затем обрабатывают нижнюю половину туловища, ноги. Особое внимание при обработке уделяют подмышечным впадинам, паховым складкам, межпальцевым складкам на ногах, складкам кожи под молочными железами у женщин, так как именно в этих местах, особенно у тучных, полных, склонных к повышенной потливости людей, развиваются опрелости, кожа мацерируется, разрыхляется, становится легко проницаемой для микробов. Ежедневного обмывания требует кожа в области промежности, половых органов, заднего прохода. Обмывание обычно производят при помощи кружки Эсмарха, снабженной резиновой трубкой и наконечником, применяемым для влагалищных спринцеваний. Подложив под больного судно, струю воды или слабого раствора перманганата калия направляют на промежность и ватным тампоном, зажатым корнцангом или длинным пинцетом, обрабатывают кожу промежности, производя движения тампоном в направлении от половых органов к заднему проходу. Сухим тампоном вытирают промежность и область заднего прохода насухо.

**Алгоритм закапывания капель в нос**

1. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.
2. Наклонить голову больного в сторону, противоположную тому носовому ходу, в который будут закапывать капли.
3. Уложить или усадить больного, слегка запрокинув ему голову.
4. Набрать в пипетку лекарственное средство, приподнять кончик носа больного пальцем и закапать в каждый нижний носовой ход столько капель, сколько назначено врачом или рекомендовано по инструкции.
5. Проследить, чтобы больной оставался в положении лежа 1-2 минуты.
6. Погрузить использованную пипетку, резиновый баллончик в дезраствор.
7. Снять маску, перчатки, вымыть и осушить руки.

**Алгоритм ухода за глазами**

*Оснащение:* стерильные тампоны (8—10 шт.), антисептический раствор (0,02% раствор фурацилина, 1 —2% раствор натрия гидро­карбоната), стерильный лоток.

1. Тщательно вымыть руки.

2. В лоток положить тампоны и налить антисептический раствор.

3. Слегка отжать тампон и протереть им ресницы и веки боль­ного по направлению от наружного угла глаза к внутреннему (по направлению естественного движения слезной жидкости).

4. Взять другой тампон и повторить протирание 4—5 раз (разны­ми тампонами).

5. Промокнуть остатки раствора в глазу больного сухим тампоном.

**Промывание глаз.**

*Оснащение:* стеклянный стаканчик на ножке, лекарственный раствор.

1. Налить в стаканчик лекарственный раствор и поставить перед больным на стол.

2. Предложить больному, чтобы он правой рукой взял стаканчик за ножку, наклонил лицо так, чтобы веки оказались в стаканчике, прижал стаканчик к коже и поднял голову (при этом жидкость не должна вытекать).

3. Предложить больному часто поморгать в течение одной минуты.

4. Предложить больному поставить стаканчик на стол, не отни­мая стаканчик от лица.

5. Налить свежий раствор и предложить больному повторить процедуру (8—10 раз).

**Алгоритм закапывания капель в глаза**

1. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.
2. Проверить соответствие названия капель назначению врача.
3. Набрать из флакона нужное количество капель (2-3 для каждого глаза).
4. Усадить или уложить больного, запрокинуть ему голову назад и попросить посмотреть вверх.
5. Оттянуть нижнее веко и, не касаясь ресниц пипеткой, закапать капли в конъюнктивальную складку одного, а затем другого глаза.
6. Погрузить использованную пипетку в дезраствор.
7. Снять перчатки, вымыть и осушить руки.
8. Сделать запись о введении лекар­ственного средства и реакции пациента на процедуру.

**Алгоритм ухода за ушами**

**Цель:** вычистить уши пациенту

**Показания:** невозможность самообслуживания.

**Противопоказания:** нет.

**Возможные осложнения:** при пользовании жесткими предметами повреждение барабанной перепонки или наружного слухового прохода.

**Оснащение:**

1. Ватные турунды.

2. Пипетка.

3. Мензурка.

4. Кипяченая вода.

5. 3% раствор перекиси водорода.

6. Дезинфицирующие растворы.

7. Емкости для дезинфекции.

8. Полотенце.

**Возможные проблемы пациента:** негативный настрой к вмешательству и др.

**Последовательность действий:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.

2. Вымойте руки.

3. Наденьте перчатки.

4. Налейте кипяченую воду в мензурку,

5. Смочите ватные турунды.

6. Наклоните голову пациента в противоположную сторону.

7. Оттяните левой рукой ушную раковину вверх и назад.

8. Извлеките серу ватной турундой вращательными движениями.

9. Обработайте мензурку и отработанный материал в соответствии с требованиями санэпидрежима.

10. Вымойте руки.

**Примечание.** При наличии небольшой серной пробки закапайте по назначению врача в ухо несколько капель 3% раствора перекиси водорода. Через несколько минут удалите пробку сухой турундой. Не пользуйтесь жесткими предметами для удаления серы из ушей.

**Алгоритм закапывания капель в уши**

1. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.
2. Уложить или усадить больного, наклонив голо­ву в сторону, противоположную тому уху, в которое будут закапывать капли.
3. При наличии отделяемого из уха, очистить слуховой проход ватными жгутиками.
4. Набрать капли в пипетку и кап­нуть одну каплю на тыльную по­верхность своего лучезапястного сустава (проверка температуры капель).
5. Оттянуть ушную раковину больного назад и вверх и закапать капли в слуховой проход.
6. Предложить больному оставаться в положении с наклоненной головой 15-20 мин. (чтобы введенное лекарственное вещество не вытекло).
7. Положить пипетку в лоток для отработанного материала.
8. Заложить в ухо ватный тампон на 10-15 минут.
9. Снять перчатки, вымыть и осушить руки.

**Алгоритм ухода за волосами**

**Цель:** Вымыть голову пациенту.

**Показания:**

1. Тяжелое состояние пациента.

2. Невозможность самообслуживания.

**Противопоказания:** Выявляются в процессе обследования врачом и медицинской сестрой.

**Оснащение:**

1. Таз для воды.

2. Специальный подголовник.

3. Кувшин с теплой водой (37-38 градусов).

4. Водный термометр.

5. Туалетное мыло или шампунь.

6. Полотенце.

7. Клеенка.

8. Расческа с редкими зубьями.

9. Клеенчатый фартук.

**Возможные проблемы пациента:**

1. Негативный настрой к манипуляции.

2. Ухудшение общего состояния пациента.

**Последовательность действий**:

1. В палате закрыть окно.

2. Информируйте пациента (родителей) о предстоящей манипуляций и ходе ее выполнения.

3. Обработайте руки гигиеническим способом, осушите. Наденьте перчатки.

4. Наденьте клеенчатый фартук.

5.Приподнимите голову и верхнюю часть туловища пациента вместе с матрацем.

6. Подставьте подголовник.

7. Подложите под шею пациента клеенку.

8. Запрокиньте голову пациента назад.

9. Подставьте таз у головного конца постели.

10. Смочите волосы теплой водой.

11. Намыльте хорошо волосы мылом или шампунем.

12. Промойте хорошо волосы теплой водой и ополосните, повторив намыливание дважды.

13. Вытрите голову пациента полотенцем насухо.

14. Расчешите волосы редкой расческой.

15. Наденьте на голову сухую косынку.

16. Уберите таз, подставку и клеенку.

17. Уложите удобно пациента на подушку.

18. Вымойте руки.

19. Сделайте соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.

**Возможные осложнения.**

1. Ожог головы при пользовании горячей водой.

2. Ухудшение общего состояния пациента.

**Примечание:** Длинные волосы начинайте расчесывать с концов к корням волос, а короткие - от корня.

**Занятие № 3 Тема: «Питание больных»**

* + - 1. Уметь накормить тяжелобольного из ложки.
			2. Уметь накормить тяжелобольного из поильника.
			3. Уметь накормить больного через назогастральный зонд с помощью воронки.

**Алгоритм кормления тяжелобольного из ложки**

Показания: невозможность самостоятельно принимать пищу.

*I . Подготовка к кормлению*

1. Уточнить у пациента любимые блюда и согласовать меню с лечащим врачом или диетологом.

2. Предупредить пациента за 15 мин о том, что предстоит прием пищи, и получить его согласие.

3. Проветрить помещение, освободить место на тумбочке и протереть ее, и л и придвинуть прикроватный столик, протереть его.

4. Помочь пациенту занять высокое положение Фаулера.

5. Помочь пациенту вымыть руки и прикрыть его грудь салфеткой.

6. Вымыть руки. должны быть горячими ( 6 0 ° ) , холодные — холодными.

8. Спросить пациента, в какой последовательности он предпочитает принимать пищу.

*II . Кормление*

9. Проверить температуру горячей пищи, капнув несколько капель себе на тыльную поверхность кисти.

10. Предложить выпить (лучше через трубочку) несколько глотков жидкости.

11. Кормить медленно:

• называть каждое блюдо, предлагаемое пациенту;

• наполнить ложку на 2/3 твердой (мягкой) пищей;

• коснуться ложкой нижней губы, чтобы пациент открыл рот;

• прикоснуться ложкой к языку и извлечь пустую ложку;

• дать время прожевать и проглотить пищу;

• предлагать питье после нескольких ложек твердой (мягкой) пищи.

12. Вытирать (при необходимости) губы салфеткой.

13. Предложить пациенту прополоскать рот водой после еды.

*III . Завершение кормления*

14. Убрать после еды посуду и остатки пищи.

15. Вымыть руки.

**Алгоритм кормления тяжелобольного с помощью поильника**

Показания: невозможность самостоятельно принимать твердую и мягкую пищу.

Оснащение: поильник, салфетка

*I .Подготовка к кормлению*

1. Рассказать пациенту, какое блюдо будет приготовлено для него (после согласования с врачом).

2. Предупредить пациента за 15 мин о том, что предстоит прием пищи и получить его согласие.

3. Проветрить помещение.

4. Протереть прикроватный столик.

5. Вымыть руки (лучше, если пациент будет видеть это)

6 Поставить на прикроватный столик приготовленную пищу.

7. Переместить пациента набок или в положение Фаулера (если позволяет его

состояние).

8. Прикрыть шею и грудь пациента салфеткой.

9. Кормить пациента из поильника небольшими порциями (глотками).

Примечание. В течение всей процедуры кормления пища должна быть теплой и выглядеть аппетитно.

*III . Окончание кормления*

10. Дать прополоскать рот водой после кормления.

11. Убрать салфетку, покрывающую грудь и шею пациента.

12. Помочь пациенту занять удобное положение.

13. Убрать остатки пищи. Вымыть руки.

Не нужно оставлять на тумбочке у постели пациента остывшую пищу. Через 20—30 мин после раздачи пищи пациентам, которые принимали пищу самостоятельно, следует собрать грязную посуду. Для буфетной и столовой выделяется уборочный промаркированный инвентарь.

После каждого приема пищи в столовой и буфетной проводят влажную уборку столов, пола с применением дезинфицирующих средств. Посуду вначале моют в специальных металлических ваннах с применением обезжиривающих средств (жидкость «Прогресс», порошок горчицы), ополаскивают в посудомоечной машине горячей водой, а затем подвергают дезинфекции. После дезинфекции посуду ополаскивают проточной водой и, не вытирая, ставят под сушку в вертикальные ячейки. Мочалки и ветошь, применявшиеся для протирания столов и мытья посуды, необходимо замочить в растворе дезинфицирующего средства, а затем прокипятить в течение 15 мин, просушить и хранить в специальном месте.

**Алгоритм кормления пациента через назогастральный зонд с помощью воронки**

Оснащение: назогастральный зонд, зажим; лоток; полотенце; салфетки; чистые перчатки; фонендоскоп; воронка; питательная смесь (t 38—40°С); вода кипяченая 100 мл.

*I . Подготовка к процедуре*

1. Ввести назогастральный зонд.

2. Рассказать пациенту, чем его будут кормить (после согласования с врачом).

3. Предупредить его за 15 мин о том, что предстоит прием пищи.

4. Проветрить помещение.

5. Помочь пациенту занять высокое положение Фаулера.

6. Вымыть руки.

7. Проверить правильность положения зонда:

• над лотком наложить зажим на дистальный конец зонда;

• снять заглушку с зонда;

• набрать в шприц 30—40 мл воздуха;

• присоединить шприц к дистальному концу зонда;

• снять зажим;

• надеть фонендоскоп, его головку поместить над областью желудка;

• ввести через зонд воздух из шприца и выслушивать звуки, появляющиеся в

желудке (если звуков нет, нужно подтянуть, сместить зонд);

• наложить зажим на дистальный конец зонда;

• отсоединить шприц.

8. Присоединить к зонду воронку.

*II . Выполнение процедуры*

9. Налить в воронку, находящуюся наклонно на уровне желудка пациента, питательную смесь.

10. Медленно поднять воронку выше уровня желудка пациента на 1 м, держа

ее прямо.

11. Как только питательная смесь дойдет до устья воронки, опустить воронку

до уровня желудка пациента и пережать зонд зажимом.

12. Повторить процедуру, используя все приготовленное количество питательной смеси.

13. Налить в воронку 50—100 мл кипяченой воды для промывания зонда.

*III . Завершение процедуры*

14. Отсоединить воронку от зонда и закрыть заглушкой его дистальный конец.

15. Прикрепить зонд к одежде пациента безопасной булавкой.

16. Помочь пациенту занять комфортное положение.

17. Вымыть руки.

**Занятие № 4 Тема: «Асептика и антисептика»**

* + - 1. Уметь приготовить дез.растворы.
			2. Уметь произвести влажную уборку палаты.
			3. Уметь провести влажную уборку мест общего пользования.
			4. Уметь обработать руки гигиеническим способом.
			5. Уметь обработать руки бытовым способом.

**Алгоритм приготовления 10% р-ра хлорной извести**

**Показания.** Для дезинфекции.

**Противопоказания:** Аллергическая реакция на хлорсодержащие препараты.

**Оснащение:**

1. Длинный хирургический халат.

2. Резиновый фартук.

3. Респиратор (или 8-слойная маска).

4. Очки.

5. Шапочка.

6. Резиновые перчатки.

7. Весы или мерная емкость.

8. Сухая хлорная известь 1 кг.

9. Эмалированная емкость с крышкой.

10. Бутыль из темного стекла с притертой пробкой.

11. Деревянная лопатка.

12. Этикетка.

13. Холодная вода -10 литров.

14. Марлевая салфетка или сито.

**Последовательность** действий с обеспечением безопасности окружающей среды:

1. Наденьте второй халат, клеенчатый фартук, резиновые перчатки, респиратор или восьмислойную маску.

2. Возьмите 1 килограмм сухой хлорной извести

3. Высыпьте ее осторожно в эмалированную емкость, измельчите ее деревянной лопаткой.

4. Перемешайте все и осторожно вливайте холодную воду до отметки 10 литров.

5. Закройте крышкой и поставьте на 24 часа (в течение этого времени несколько раз перемешайте) для выделения активного хлора, получится **маточный раствор.**

6. Перелейте через 24 часа полученный раствор через 4 слоя бинта (марли) в бутыль из темного стекла с маркировкой "10% раствор хлорной извести".

7. Закройте пробкой.

8. Поставьте на этикетке дату приготовления раствора, его концентрацию, свою должность и фамилию.

9. Снимите защитную одежду.

10. Вымойте руки с мылом.

**Примечание:**

1. Хлорсодержащие растворы готовят в специальном помещении с хорошей вентиляцией.

2. 10% раствор можно хранить 5-7 суток в темном месте.

3. Раствор необходимо хранить в недоступном для пациента месте.

Приготовление **рабочих растворов** **хлорной извести**:

1. **0.5%** - 500 мл 10% раствора хлорной извести на 9,5 литра воды;

2. **1%** - 1 литр 10% раствора хлорной извести на 9 литра воды;

3. **2% -** 2литра 10% раствора хлорной извести на 8 литра воды;

Формула приготовления хлорной извести:

4. Y = (% r кол-во литров). Y - количество осветленного раствора хлорной извести.

**Алгоритм приготовления растворов хлорамина** **различной концентрации**

1. **1%** -10 г хлорамина на 990 мл воды;

2. **2% -** 20 г хлорамина на 980 мл воды;

3. **3% -** 30 г хлорамина на 970 мл воды;

4. **5% -** 50 г хлорамина на 950 мл воды.

**Алгоритм влажной уборки палаты**

В палате уборку следует начинать в следующей последовательности:

1. Протереть прикроватные тумбочки, оставляя в них мыло, зубную пасту.

2. Стереть пыль с поверхности кроватей, радиаторов, труб, с подоконников, мебели.

3. Убрать всё лишне.

4. Осмотреть содержимое холодильника, с указанием даты осмотра продуктов и соответствия их сроку хранения.

5. Соблюдать тишину во время уборки, движения младшей медсестры не должны беспокоить больных.

6. Мытьё полов следует проводить чисто, не пропуская углы и труднодоступные места, не реже 2-х раз в день.

7. Мусор подбирать совком и выносить в мусоропровод или сжигать.

**Примечания:**

1. Уборка палат производится не реже 2 раз в день с применением 0,5% раствора, моющего средства.

**Алгоритм влажной уборки мест общего пользования**

Уборку туалетных комнат младшая медсестра должна проводить в резиновых перчатках. После уборки она должна мыть руки с мылом и с помощью 2% раствора хлорамина Б, который должен быть в каждой туалетной комнате.

Туалетные комнаты должны быть хорошо изолированы от прочих помещений, иметь промежуточный шлюз, вытяжную вентиляцию, достаточное освещение.

Туалетные комнаты убирают по мере надобности и хорошо проветривают, чтобы не было запаха.

Раковины, унитазы, писсуары, баки для хранения воды, плевательницы моют ежедневно горячей водой с мылом, 2% содовым раствором и дезинфицирующим раствором; бурые пятна протирают уксусной кислотой.

**Алгоритм обработки рук гигиеническим способом**

**Цель:** Обеспечить инфекционную безопасность пациента и медперсонала, профилактику внутрибольничной инфекции.

**Показания:**

1. Перед и после выполнения манипуляции.

2. Перед и после осмотра пациента.

3. Перед едой.

4. После посещения туалета.

5. После надевания и после снятия перчаток.

**Противопоказания:** Нет

**Оснащение:**

1. Мыло разовое.

2. Индивидуальное сухое полотенце.

3. Перчатки

4. Дезинфицирующее средство: этиловый спирт 70 градусный или другое, предложенное учреждением в соответствии с нормативными документами (АХД - 2000, АХД - специаль и др.).

**Последовательность действий:**

1. Откройте кран и отрегулируйте капор воды.

2. Вымойте барашки крана.

3. Намыльте руки мылом, начиная с запястья.

4. Мойте правую ладонь левой, а затем левую правой.

5. Мойте межпальцевые промежутки тыльной стороны левой руки правой рукой и наоборот.

6. Сделайте замок из пальцев с ладонной стороны и потрите их, моя ногтевые ложа.

7. Потрите круговыми движениями каждый палец на левой руке, затем на правой.

8. Ополосните руки теплой проточной водой, начиная с запястья.

9. Закройте кран.

10. Высушите руки индивидуальным или разовым полотенцем, начиная с кончиков пальцев.

11. Выбросите использованное разовое полотенца.

12. Наденьте чистые перчатки, если этого требует манипуляция.

**Примечание.**

1. Руки моют двукратным намыливанием.

2. Если нужно проводить инвазивные процедуры, то руки сразу после мытья обрабатывают одним из дезинфицирующих средств (70% этиловый спирт, АХД 2000, АХД- специаль) и одевают перчатки.

**Алгоритм обработки рук бытовым способом**

Простое мытье рук с мылом проводится, **после:**

- прихода на работу;

- выхода из отделения, посещения туалета, после кашля, чихания, сморкания, после прикосновения к использованному носовому платку, наружной поверхности надетой медицинской маски, после курения и т.п.;

- физического контакта с пациентом;

- контакта с предметами, окружающими пациента;

- возможного загрязнения рук мочой, рвотными массами и т.п.

**перед:**

- контактом с пациентом;

- при прикосновении к чистому белью;

- перед раздачей пиши, перед приемом пиши;

- уходом с работы.

Мытье рук осуществляется также во всех случаях, когда работник считает это необходимым. Во всех случаях, кроме явного загрязнения рук, мытье рук с мылом может быть заменено обработкой рук спиртосодержащим антисептиком. Допускается использование только жидкого мыла из дозаторов. Применение антисептического мыла увеличивает эффективность гигиенической процедуры. Требования к эксплуатации дозаторов для однократного и многократного использования должны строго выполняться: запрещено добавление мыла в частично заполненный дозатор. Многоразовые дозаторы после полного опорожнения требуют мытья, дезинфекции и высушивания, как основной емкости, так и ее помповой части. Краны в процедурных кабинетах должны иметь локтевые регуляторы. Для вытирания рук используются одноразовые салфетки или тканевые полотенца, которые после однократного применения сдаются в стирку.

 Вытирают руки индивидуальным полотенцем (салфеткой) однократного использования. После вытирания рук полотенце может быть использовано для закрытия крана. После чего оно сбрасывается в емкость для расходных материалов (емкость для белья в стирку). При включении воды не следует делать большой напор - это предотвратит разбрызгивание.

Не следует использовать щетки - они травмируют кожу.

**Занятие №5**  **Тема: «Простейшие физиотерапевтические процедуры»**

1. Уметь поставить банки.
2. Уметь поставить горчичники
3. Уметь поставить согревающий компресс.
4. Уметь поставить холодный компресс.
5. Уметь поставить грелку.
6. Уметь поставить пузырь со льдом.

**Алгоритм постановки банок**

*Необходимое оснащение:* лоток (эмалированный или деревянный), в который нужно уложить банки (10-16 штук), ёмкость с вазелином, флакон с 96% этиловым спиртом, фитиль (металлический зонд с нарезкой на конце и туго накрученной на него ватой) или зажим Кохера (с накрученной ватой), спички, вату.

*Порядок выполнения процедуры:*

1. Банки перед употреблением тщательно вымыть горячей водой, вытереть насухо.

2. Края банок проверить на наличие сколов и других повреждений и смазать тонким слоем

вазелина.

3. Уложить больного в удобную позу.

4. Кожу перед постановкой банок рукой смазать вазелином.

5. Ватный тампон на металлическом зонде (фитиль) или в зажиме Кохера смочить в спирте и отжать.

Использовать эфир для постановки банок категорически запрещается!

6. Флакон со спиртом закрыть и отставить в сторону.

7. Поджечь фитиль.

8. В правую руку взять зонд с горящим тампоном, в левую - 1-2 банки.

9. Внутрь банки, держа её недалеко от тела, на очень короткое время внести горящий тампон; при этом не следует задевать края банки и перегреть её (время, достаточное для достижения разрежения внутри банки).

10. Банку (банки) быстро, энергичным движением приложить к коже.

11. Пациента укрыть одеялом.

12. Оставить банки на 10-15 мин.

13. Снять банки: для снятия банки слегка надавить на кожу у края банки пальцами левой

руки, при этом отклонять её дно в противоположную сторону правой рукой.

14. По окончании процедуры кожу вытереть полотенцем для удаления вазелина, пациента

укрыть одеялом. После процедуры больной должен спокойно лежать как минимум в течение 1 ч.

15. Использованные банки промыть горячей водой и насухо вытереть.

**Алгоритм постановки горчичников**

*Необходимое оснащение:* тёплая вода (40-45 °С), лоток (или тарелка), горчичники, полотенце, фланелевая пелёнка, одеяло.

*Порядок выполнения процедуры:*

1. Подготовить тёплую воду.

2. Уложить больного в удобную для него позу, тщательно осмотреть кожу.

3. Погрузить горчичник на 5-10с. в тёплую воду температурой не выше 45 °С.

4. Приложить горчичник стороной, покрытой горчицей, к коже (при повышенной чувствительности кожи горчичник прикладывают через марлю).

5. Область постановки горчичников укрыть полотенцем, затем одеялом.

6. Через 5-10 мин с момента появления ощущения жжения снять горчичники влажной салфеткой с кожи.

7. Удалить остатки горчичного порошка - осторожно протереть кожу салфеткой, смочен-

в тёплой воде.

8. Насухо вытереть кожу, укрыть больного одеялом.

**Алгоритм применения грелки**

Порядок выполнения процедуры:

1. Смазать кожные покровы соответствующего участка тела вазелином (для профилактики ожога и гиперпигментации).

2. Наполнить грелку на 2/3 горячей водой.

3. Осторожно вытеснить из грелки воздух, сжав её руками по направлению к горловине.

4. Плотно закрыть грелку пробкой (крышкой).

5. Проверить грелку на герметичность, перевернув её.

6. Обернуть грелку полотенцем и приложить к соответствующему участку тела.

**Алгоритм применения пузыря со льдом**

Порядок выполнения процедуры:

1. Заполнить пузырь на 2/3 объёма кусочками льда и плотно его закрыть.

2. Подвесить пузырь над соответствующим участком тела (головой, животом и пр.) на расстоянии 5-7 см или, обернув его полотенцем, приложить к больному месту.

3. При необходимости длительной процедуры каждые 30 мин делать перерывы в охлаждении по 10 мин.

**Занятие №6 Тема: «Лихорадка. Уход за лихорадящими больными»**

1. Уметь измерить температуру тела в подмышечной впадине.

**Алгоритм измерения температуры в подмышечной впадине**

1.Осмотреть подмышечную впадину, вытереть салфеткой кожу подмышечной области насухо.

2. Вынуть термометр из стакана с дезинфицирующим раствором. После дезинфекции термометр следует ополоснуть проточной водой и тщательно вытереть насухо.

3. Встряхнуть термометр для того, чтобы ртутный столбик опустился до отметки ниже 35 0С.

1. Поместить термометр в подмышечную впадину таким образом, чтобы ртутный резервуар со всех сторон соприкасался с телом пациента; предложить больному плотно прижать плечо к грудной клетке (при необходимости медицинский работник должен помочь больному удержать руку).
2. Вынуть термометр через 10 мин., запомнить показания.
3. Встряхнуть термометр, чтобы ртутный столбик опустился ниже 35 0С.
4. Поместить термометр в емкость с дезинфицирующим раствором.

Зафиксировать показания термометра в температурном листе.

**Занятие №7 Тема: «Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов дыхания»**

1. Уметь подсчитать частоту дыхательных движений.
2. Уметь оказать первую помощь при удушье.
3. Уметь пользоваться карманным ингалятором.
4. Уметь собрать мокроту на общий анализ.

**Алгоритм подсчета частоты дыхательных движений**

Последовательность выполнения:

1. Создать доверительные отношения с пациентом.

2. Объяснить пациенту необходимость подсчета пульса, получить согласие.

3. Взять руку пациента, как для исследования пульса.

4. Положить свою и пациента руки на грудную клетку (при грудном типе дыхания) или эпигастральную область (при брюшном типе дыхания) пациента, имитируя исследование пульса.

5. Подсчитать число вдохов за минуту, пользуясь секундомером.

6. Оценить частоту, глубину, ритм и тип дыхательных движений.

7. Объяснить пациенту, что ему сосчитали частоту дыхательных движений.

8. Вымыть и осушить руки.

9. Провести регистрацию данных в температурном листе.

Примечание:подсчет ЧДД проводится без информирования пациента об исследовании частоты дыхания.

**Алгоритм оказания первой помощи при удушье**

1. Создать спокойную обстановку.

2. Придать больному полу сидячее положение.

3. Освободить от стесняющей одежды

4. Обеспечить доступ свежего воздуха (открыть форточку).

5. Провести отвлекающие тепловые процедуры (горячие ручные или ножные ванны).

6. По назначению врача применить карманный ингалятор.

**Алгоритм использования карманного ингалятора**

*Цель:* введение в организм лекарственного вещества в форме аэрозоля.

*Оснащение:* баллончик с аэрозолем.

1. Снять с баллончика колпачок и повернуть его вверх дном.

2. Встряхнуть баллончик.

3. Сделать глубокий выдох.

4. Обхватив губами мундштук, сделать глубокий вдох, одновре­менно нажимая на дно баллончика: в этот момент выдается доза аэрозоля.

5. Задержать на несколько секунд дыхание, после чего вынуть мундштук изо рта и сделать медленный выдох.

6. Если глубокий вдох сделать не удается, то первую дозу аэро­золя можно распылить в полости рта.

7. Количество доз аэрозоля определяется врачом.

**Алгоритм сбора мокроты на общий анализ**

*Цель:* макро- и микроскопическое исследование мокроты.

*Оснащение:* чистая сухая плевательница или баночка с крыш­кой.

1. На исследование направляют свежую утреннюю мокроту, наиболее богатую микрофлорой.

2. Накануне медсестра предупреждает больного о времени и технике сдачи анализа, выдает ему чистую, сухую маркированную плевательницу.

3. Утром больной чистит зубы и хорошо прополаскивает рот.

4. Отхаркивает мокроту (достаточно 5 мл), не касаясь краев плевательницы.

5. Плотно закрывает плевательницу крышкой и ставит ее в про­хладное место.

6. Медсестра оформляет направление и доставляет мокроту в лабораторию.

**Занятие №8 Тема: «Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов кровообращения»**

1. Уметь подсчитать пульс на лучевой артерии.
2. Уметь измерить артериальное давление.
3. Уметь оказать первую помощь при обморочном состоянии.

**Алгоритм определения пульса на лучевой артерии**

*Последовательность выполнения:*

1. Установить доверительные отношения с пациентом.

2. Объяснить суть и ход процедуры.

3. Получить согласие пациента на процедуру.

4. Подготовить необходимое оснащение (секундомер).

5. Вымыть и осушить руки.

6. Придать пациенту удобное положение, сидя или лежа.

7. Охватить одновременно кисти пациента пальцами своих рук выше лучезапястного сустава так, чтобы 2, 3 и 4-й пальцы находились над лучевой артерией (2-й палец у основания большого пальца). Сравнить колебания стенок артерий на правой и левой руках.

8. Провести подсчет пульсовых волн на той артерии, где они лучше выражены в течение 60 секунд.

9. Оценить интервалы между пульсовыми волнами.

10. Оценить наполнение пульса.

11. Сдавить лучевую артерию до исчезновения пульса и оценить напряжение пульса.

12. Провести регистрацию свойств пульса на температурном листе графическим, а в листе наблюдения - цифровым способом.

13. Сообщить пациенту результаты исследования.

14. Вымыть и осушить руки.

**Алгоритм измерения артериального давления**

*Последовательность выполнения:*

1. Установить доверительные отношения с пациентом.

2. Объяснить суть, ход предстоящих действий.

3. Получить согласие пациента на процедуру.

4. Предупредить пациента о предстоящей процедуре за 15 минут до ее начала.

5. Подготовить необходимое оснащение (тонометр Короткова).

6. Вымыть и осушить руки.

7. Придать пациенту удобное положение, сидя или лежа.

8. Уложить руку пациента в разогнутом положении ладонью вверх, подложив валик под локоть.

9. Наложить манжетку тонометра на обнаженное плечо пациента на 2-3 см выше локтевого сгиба так, чтобы между ними проходил 1 палец. Трубки манжетки обращены вниз.

10. Соединить манометр с манжеткой, укрепив его на манжетке.

11. Проверить положение стрелки манометра относительно «0»-й отметки шкалы.

12. Определить пальцами пульсацию в локтевой ямке, приложить на это место фонендоскоп.

13. Закрыть вентиль груши, нагнетать воздух в манжетку до исчезновения
пульсации в локтевой артерии +20-30 мм рт ст (т.е. несколько выше
предполагаемого АД).

14. Открыть вентиль, медленно выпускать воздух, выслушивая тоны, следить за показаниями манометра.

15.Отметить цифру появления первого удара пульсовой волны, соответствующую систолическому АД.

16.Выпускать медленно из манжетки воздух.

17.«Отметить» исчезновение тонов, что соответствует диастолическому АД.

18.Выпустить весь воздух из манжетки.

19.Повторить процедуру через 5 минут.

20.Снять манжетку.

21.Уложить манометр в чехол.

22.Продезинфицировать головку фонендоскопа методом двукратного протирания 70% этиловым спиртом.

23.Оценить результат.

24.Сообщить пациенту результат измерения.

25.Провести регистрацию результата в виде дроби (в числителе – систолическое давление, в знаменателе - диастолическое) в необходимой документации.

**Алгоритм оказания первой помощи при обморочном состоянии**

1. Придать пострадавшему горизонтальное положение с приподнятыми ногами.
2. Освободить от стесняющей одежды.
3. Обеспечить доступ свежего воздуха.
4. Растереть виски и грудь пострадавшего.
5. Побрызгать на лицо холодной водой.
6. Поднести к носу вату, смоченную нашатырным спиртом (для активации дыхательного центра).