

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Отделение Сестринское дело

Основы сестринского дела с инфекционной безопасностью

**Сборник методических указаний для обучающихся к практическим занятиям по 34.02.02
Медицинский массаж (для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению)
(очная форма обучения)**

Красноярск

2022

Основы сестринского дела с инфекционной безопасностью : сборник методических указаний для обучающихся к практическим занятиям по 34.02.02 Медицинский массаж (для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению) (очная форма обучения) / сост. А.А. Черемисина. - Красноярск : тип. КрасГМУ, 2022.

Составители:

преподаватель А.А. Черемисина

Сборник методических указаний к практическим занятиям предназначен для аудиторной работы обучающихся. Составлен в соответствии с ФГОС СПО 2021 по 34.02.02 Медицинский массаж (для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению) (очная форма обучения), рабочей программой дисциплины (2022 г.) и СТО СМК 8.3.12-21. Выпуск 5.

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол № 9 от 24 мая 2022 г.)

© ФГБОУ ВО КрасГМУ
им.проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Минздрава России, 2022

1. Тема № 1. Сестринский процесс. Документация к сестринскому процессу/ (в интерактивной форме) (Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-10, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: репродуктивный, метод проблемного изложения, частично-поисковый (эвристический)

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Реализация потребностей для человека является неотъемлемой частью его повседневной жизни. В зависимости от того, как человек реализует свои потребности можно судить о качестве его жизни. Реализация потребностей человека в здоровье и болезни отличается, соответственно, чтобы сохранить и поддержать качество жизни пациентов, медицинским работникам необходимо научить пациента и его родственников и помочь пациенту и его близким научиться жить с имеющимся у него заболеванием, с оптимальным, в условиях болезни качеством жизни. Сестринский процесс является одним из основных понятий современной теории сестринского дела. Это научный метод организации и исполнения системного ухода за пациентами, ориентированный на удовлетворение универсальных потребностей человека, связанных со здоровьем. Цель сестринского процесса совпадает с целью сестринского дела и может быть сформулирована следующим образом: обеспечение максимально возможного для пациента в его состоянии физического, психологического, духовного и социального комфорта. Сестринский персонал должен ясно представлять своеобразие каждого своего пациента для того, чтобы реализовать такое требование к профессиональному уходу, как индивидуальность предоставляемой сестринской помощи; от качества организации сестринского ухода зависит, насколько быстро и эффективно будет происходить выздоровление пациентов.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** цели общения в сестринском деле., уровни общения. функции общения. типы общения., виды коммуникаций: вербальное, бессловесное (невербальное)., факторы, способствующие и препятствующие общению. стили общения. эффективность общения., виды общения: терапевтическое, эффективное, не терапевтическое, неэффективное., правила поддержания связи с пациентами, неспособными к вербальному общению., правила эффективного знакомства с пациентом., 10 да терапевтического общения. 10 нет терапевтического общения., сестринский процесс как метод организации оказания сестринской помощи. цели сестринского процесса. этапы сестринского процесса: первый этап: сестринское обследование пациента (субъективная информация, объективные данные, дополнительная информация); второй этап: сестринская диагностика (сестринские диагнозы, связанные с нарушением различных процессов у пациента); третий этап сестринского процесса: постановка целей и планирование сестринских вмешательств; четвертый этап: реализация запланированных сестринских вмешательств; пятый этап: оценка результатов сестринской деятельности. документирование сестринского процесса., источники информации о пациенте., **уметь** сестринский процесс. документация к сестринскому процессу., **владеть**

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** кабинет сестринского дела

- **оснащение занятия:** комплект учебной мебели, посадочных мест, компьютер с возможностью подключения к сети «интернет» и доступом к электронной информационно-образовательной среде

7. Аннотация (краткое содержание темы)

Этапы сестринского процесса.

1 этап - Сестринское обследование.

2 этап - Выявление проблем пациента.

3 этап - Планирование сестринского ухода.

4 этап - Реализация плана ухода.

5 этап - Оценка достигнутых результатов.

Первый этап сестринского процесса - сестринское обследование.

Цель обследования:

- формирование информационной базы данных о пациенте в момент обращения за помощью;
- документирование полученной информации (собранные данные записываются в сестринскую историю стационарного пациента по определенной форме).

Задачи первого этапа:

- собрать данные о физиологических, психологических, духовных, социальных аспектах здоровья пациента, его семьи, степени независимости пациента в повседневной жизни;

- осуществить регистрацию наиболее важных показателей повседневной жизнедеятельности пациента в сестринской карте стационарного пациента;
- определить возможность самообслуживания, иначе удовлетворения жизненно важных потребностей;
- сделать заключение о наличии проблем у данного пациента и о необходимости и объеме профессионального ухода.

Для реализации данного этапа необходимо соблюсти следующие условия:

- профессиональная компетентность сестринского персонала, навыки наблюдения, общения, анализа и интерпретации полученных данных;
- доверительная обстановка, достаточное время;
- конфиденциальность;
- участие пациента и, если необходимо, других лиц;
- участие других медицинских работников.

Данные обследования могут носить субъективный и объективный характер.

Источником субъективной информации является, в первую очередь, сам пациент; субъективные данные (жалобы) включают чувства и эмоции, выраженные вербальным и невербальным методами.

Источником субъективной информации может быть не только пострадавший, но и члены его семьи, коллеги по работе, друзья, случайные прохожие и т.д. Они дают информацию и в том случае, когда пострадавшим является ребенок, человек с расстройствами психики, человек в бессознательном состоянии и т.п.

Источниками данных являются: пациент, семья, другие специалисты в области медицины, медицинская документация, специальная литература.

Содержание субъективной информации:

- общие сведения о пациенте;
- расспрос пациента;
- жалобы пациента в настоящее время;
- история здоровья или болезни пациента: социальные сведения и условия жизни, сведения о привычках, аллергоанамнез, гинекологический (урологический) и эпидемиологический анамнезы;
- наследственность;
- боль, локализация, характер, интенсивность, длительность, периодичность, реакция на боль.

Объективная информация – данные, которые получены в результате наблюдений и обследований, проводимых сестринским персоналом.

К объективным данным относятся: анамнез, социологические данные (взаимоотношения, источники, окружающая среда, в которой пациент живет и работает), данные о развитии (если это ребенок), сведения о культуре (этнические и культурные ценности), информация о духовном развитии (духовные ценности, вера и т.д.), психологические данные (индивидуальные особенности характера, самооценка и способность принимать решения).

Важным источником объективной информации являются: данные физикального обследования пациента (пальпации, перкуссия, аускультация), измерение артериального давления, пульса, частоты дыхания, температуры тела; данные лабораторного и инструментального исследования.

Главная роль в обследовании принадлежит расспросу. Насколько умело медицинская сестра\медицинский брат сможет расположить пациента к необходимому разговору, настолько полноценна будет полученная ими информация. Информационные данные должны быть полными, описательными и не должны содержать спорных утверждений. Проводя расспрос, медицинская сестра\медицинский брат использует специфические навыки общения, помогая пациенту осознать те изменения, которые происходят или будут происходить в его образе жизни. В процессе проведения интервью специалист получает информацию о физических, интеллектуальных, социальных

и духовных особенностях пациента. Расспрос дает возможность наблюдать за пациентом, определяя, согласуются ли данные, полученные в процессе наблюдения с теми, которые получены посредством вербального общения.

Например, если пациент утверждает, что не волнуется о предстоящем обследовании, а выглядит озабоченным и раздражительным, то данные противоречивы.

Расспрос включает anamnesis — это совокупность сведений о больном и развитии заболевания, полученных при расспросе самого пациента и знающих его лиц.

Расспрос складывается из пяти частей:

- паспортная часть;
- жалобы пациента;
- anamnesis morbi;
- anamnesis vitae;
- аллергические реакции.

Второй этап сестринского процесса - выявление проблем пациента (сестринская диагностика).

Сестринский диагноз (проблема пациента) — это состояние здоровья пациента, установленное в результате проведенного сестринского обследования и требующее вмешательств со стороны сестринского персонала. Это симптомный или синдромный диагноз, во многих случаях основанный на жалобах пациента.

Проблема — это затруднение в самостоятельном осуществлении повседневной жизнедеятельности в результате нарушения физического, психологического, душевного и (или социального) здоровья человека).

Иными словами:

- потребность удовлетворена - нет проблемы;
- потребность не удовлетворена - проблема есть.

Если человек не в состоянии осуществить самоход (нарушено мочевыделение, трудности при одевании, умывании и т.д.) ему необходима помощь — это действительная проблема. Источниками возможных проблем человека может быть его заболевание, окружающая среда, лекарственная терапия, медицинские организации, личные обстоятельства. Потребность есть физиологический и (или) психологический дефицит того, что существенно для здоровья и благополучия человека.

В сестринской практике используется классификация потребностей Вирджинии Хендерсон (американская сестра милосердия, одна из основательниц сестринского дела как профессиональной деятельности), которая всё их многообразие свела к 14-ти наиболее важным:

1. Нормально дышать.
2. Употреблять достаточное количество пищи и жидкости.
3. Выделять из организма продукты жизнедеятельности.
4. Двигаться и поддерживать нужное положение.
5. Спать и отдыхать.
6. Самостоятельно одеваться и раздеваться, выбирать одежду.
7. Поддерживать температуру тела в нормальных пределах, подбирая соответствующую одежду и изменяя окружающую среду.
8. Соблюдать личную гигиену, заботиться о внешнем виде.
9. Обеспечить свою безопасность и не создавать опасности для других людей.
10. Поддерживать общение с другими людьми, выражая свои эмоции, мнение.
11. Отправлять религиозные обряды в соответствии со своей верой.
12. Заниматься любимой работой.
13. Отдыхать, принимать участие в развлечениях и играх.
14. Удовлетворять свою любознательность, помогающую нормально развиваться.

Учитывая реалии российского практического здравоохранения, отечественные исследователи С.А. Мухина и И.И. Тарновская предлагают осуществлять сестринскую помощь в рамках 10 фундаментальных потребностей человека:

1. Нормальное дыхание.
2. Адекватное питание и питьё.
3. Физиологические отправления.
4. Движение.
5. Сон.
6. Личная гигиена и смена одежды.
7. Поддержание нормальной температуры тела.
8. Поддержание безопасности окружающей среды.
9. Общение.
10. Труд и отдых.

Вначале работы с пациентом мы выявляем нарушенные потребности, а уже потом формулируем проблемы пациента (сестринский диагноз). Реализация потребности пациента может быть ограничена или нарушена по разным причинам, соответственно и проблемы у пациентов могут быть разные, несмотря на одинаково нарушенные потребности и подход в решении этих проблем будет разным, например, нарушена потребность в нормальном дыхании, причиной этого может быть отек слизистой оболочки носа, обструкция дыхательных путей, или перенесенная пневмония и др. Классифицировать проблемы пациента можно как физиологические, психологические и духовные, социальные.

- Физиологические проблемы, например, недостаточное или избыточное питание, нарушение глотания, кожный зуд, недостаточная самогигиена, недержание мочи и т.д.
- Психологические проблемы, например, тревога о своем состоянии, дефицит общения, семейной поддержки и др.
- Духовные проблемы, например, одиночество, чувство вины, потребность в исповеди, святом причастии и др.
- Социальные проблемы, например, социальная изоляция, конфликтная ситуация в семье, финансовые или бытовые проблемы, связанные с выходом на инвалидность и др.

Помимо этой классификации, проблемы пациента делятся на:

- Существующие (настоящие) проблемы — это проблемы, которые беспокоят пациента в настоящий момент. Например: под наблюдением находится пациент, получивший травму позвоночника. Пострадавший находится на строгом постельном режиме. Проблемы пациента, беспокоящие его в настоящее время – боль в области спины, стрессовое состояние, ограничение подвижности, дефицит самоухода и общения.
- Потенциальные проблемы — это проблемы, которые еще не существуют, но могут появиться с течением времени. У нашего пациента потенциальными проблемами могут быть появление пролежней, пневмония, снижение тонуса мышц, нерегулярное опорожнение кишечника (запоры). Поскольку у пациента всегда бывает несколько проблем, сестринский персонал должен определить систему приоритетов, классифицировав их как первичные, вторичные и промежуточные. Приоритеты — это последовательность первоочередных самых важных проблем пациента, выделяемых для установления очередности сестринских вмешательств, их не должно быть много - не более 2-3-х.

ПОМНИТЕ!

Приоритетные проблемы, следует решить в первую очередь.

Поскольку у пациента всегда бывает несколько проблем, Вы должны определить систему приоритетов, классифицировав их как первичные, вторичные и промежуточные.

К первичным приоритетам относят такие проблемы пациента, которые при определенных условиях, например отсутствие лечения или несоответствующего ухода, или несвоевременного оказания помощи, могут оказать пагубное влияние на больного.

Промежуточные приоритеты — это не экстремальные и неопасные для жизни больного проблемы.

Вторичные приоритеты — это нарушенные потребности пациента, которые не имеют прямого отношения к болезни или прогнозу. Например, у больного с травмой позвоночника первичный приоритет – боль в области спины, промежуточный приоритет – ограничение подвижности, вторичный приоритет – чувство беспокойства, страха за свое здоровье.

Правильное определение приоритетов — это один из главных шагов успешной работы с пациентом. Очередность решения проблем должна быть определена самим пациентом, если позволяет его состояние.

Критерии выбора приоритетов:

- на первом месте всегда проблемы, связанные с развитием неотложных состояний, например, кровотечение, состояние клинической смерти (отсутствие дыхания, сердцебиения), острая боль в сердце, риск развития легочного кровотечения, гипогликемия, гипергликемия, анафилактический шок и др.;
- в отсутствии неотложных состояний в приоритет выходят наиболее тягостные проблемы для пациента в настоящий момент, то, что больше всего беспокоит, является для человека самым мучительным и главным сейчас. Например, пациент с заболеванием сердца, страдающий приступами загрудинных болей, головными болями, отеками, одышкой, может указать именно на одышку как на свое главное страдание. В этом случае «одышка» будет являться приоритетной проблемой пациента;
- на третьем ранговом месте - проблемы, способные привести к различным осложнениям и ухудшению состоянию пациента. Например, риск развития пролежней, гипотонии и других проблем у неподвижного пациента (иногда приоритетом могут быть и потенциальные проблемы, например: пожилой пациент истощен, страдает недержанием мочи и (или) кала, неподвижен, сознание неясное - потенциальная проблема «высокого риска развития пролежней» становится главной);
- на четвертом месте при необходимости определения приоритета, выделяем проблемы, решение которых приведет к разрешению ряда других проблем. Например, снижение страха перед предстоящей операцией улучшает сон, аппетит и настроение пациента.

Для правильной формулировки сестринского диагноза могут помочь следующие вопросы:

- отражает ли эта проблема дефицит самоухода;
- поддается ли эта проблема коррекции или устранению приемами сестринской помощи;
- является ли выбранная Вами формулировка ясной и конкретной, понятной пациенту;
- может ли выбранная Вами формулировка сестринского диагноза служить базой для планирования сестринской помощи.

Из формулировки сестринского диагноза должно вытекать направление сестринского вмешательства. При этом источники проблем пациента могут быть разные, например:

- заболевание или травма - пациент испытывает сильную боль в области спины после падения; пациент не знает мер профилактики обострения хронического (указать заболевание);
- лечение - пациент боится операции; пациент не понимает необходимости систематического приема лекарственных средств;
- окружающая среда, в том числе обстановка медицинской организации - пациент не может спать из-за духоты в палате и неудобной постели;
- возраст - пациент забывает принимать назначенные врачом препараты;
- семейные или профессиональные обстоятельства - пациент боится остаться без работы.

Третий этап сестринского процесса - планирование ухода.

Содержание этого этапа - постановка целей и планирование сестринских вмешательств.

Цель — это то, чего хотят добиться пациент и сестринский персонал в результате реализации плана по уходу.

Цели формулируются для каждой приоритетной проблемы. Пациента надо вовлекать в определение целей и планирование ухода.

Цели должны быть ориентированы на пациента и записаны простыми словами, чтобы каждая сестра понимала их однозначно. Цели предусматривают только положительный результат, например:

- уменьшение или полное отсутствие симптомов, вызывающих страх у пациента или тревогу у сестры;
- улучшение самочувствия;
- расширение возможностей самоухода в рамках фундаментальных потребностей;
- изменение отношения к своему здоровью;

- адаптация к условиям жизни при наличии определенного заболевания или состояния и др.

Различают два вида целей: краткосрочные и долгосрочные.

Краткосрочные цели должны быть выполнены за короткое время, обычно за 1-2 недели.

Долгосрочные цели достигаются за более длительный период времени и направлены на предотвращение рецидивов заболеваний, осложнений, их профилактику, реабилитацию и социальную адаптацию, приобретение медицинских знаний, срок их планирования - к моменту выписки (до 30 дней).

Цель, сформулированная правильно, включает 3 компонента:

- действие;
- критерии: дата, время, расстояние;
- условие: с помощью кого/чего-либо.

Требования к постановке целей:

- цели должны соответствовать поставленной проблеме;
- цели должны быть достижимыми;
- цели должны быть сформулированы в пределах сестринской компетенции;
- цели должны быть сосредоточены на пациенте, то есть должны формулироваться «от пациента», отражать то существенное, что получит пациент в результате сестринского вмешательства;
- цели должны быть конкретными, следует избегать расплывчатых общих формулировок («пациент будет чувствовать себя лучше», «у пациента не будет дискомфорта», «пациент будет адаптирован»);
- цели должны иметь конкретные сроки их достижения;
- цели должны быть понятны пациенту, его семье, а также другим медицинским работникам.

После формулировки целей сестринский персонал составляет план индивидуального ухода за пациентом. При составлении плана ухода специалисты могут руководствоваться стандартами сестринской практики.

Четвертый этап сестринского процесса - реализация плана ухода.

Существует три категории сестринского вмешательства:

- независимое,
- зависимое,
- взаимозависимое.

Независимое сестринское вмешательство - предусматривает действия, осуществляемые медицинской сестрой в рамках компетенции сестринского ухода, например, оценка функционального состояния пациента: измерение температуры тела, артериального давления, пульса, частоты дыхательных движений; профилактика пролежней (в соответствии со стандартом); мероприятия по личной гигиене; обучение пациента и родственников пациента навыкам самоухода и ухода, проведения расслабляющего массажа, дыхательной гимнастики; рекомендации пациенту относительно его здоровья по профилактике заболеваний, обострения хронических заболеваний, развития осложнений; организация досуга пациента и т.д.

Зависимое сестринское вмешательство - выполняется на основании письменных назначений врача и под его наблюдением, например, проведение инъекций, выдача лекарственных средств, постановка клизм, катетеризации, подготовка пациента к лабораторным и инструментальным методам исследования и т.д.).

Взаимозависимое сестринское вмешательство - совместная деятельность медицинской сестры с врачом и др. специалистами, например, действия операционной медицинской сестры во время оперативных вмешательств.

Помимо этого, есть специальные правила, определяющие поведение сестринского персонала в экстремальной ситуации, например, в отделениях реанимации и процедурных кабинетах предусмотрена инструкция, направленная

на оказание помощи для выведения пациента из анафилактического шока; проведение сердечно-легочной реанимации. Наличие таких стандартов и инструкций даёт легальную возможность вмешиваться в процесс лечения в интересах пациента.

Виды сестринской деятельности.

Для решения определённой проблемы пациента выбирается вид воздействия (стратегия), направленный на её решение. В их числе:

1. Оказание помощи в деятельности, связанной с ежедневными жизненными потребностями. Такая помощь заключается в обеспечении кормления пациента, одевания, умывания, чистки зубов, подачи судна и т.д. Потребность пациента в помощи может быть временной, постоянной или реабилитирующей.

- Временная помощь рассчитана на короткий период времени, когда существует дефицит самоухода — при вывихах, мелких хирургических вмешательствах и т.д.
- Постоянная помощь требуется больному на протяжении всей жизни - при ампутации конечностей, при осложнённых травмах позвоночника и костей таза и т.д.
- Реабилитирующая помощь — длительный процесс, примером может служить ЛФК, массаж, дыхательная гимнастика, беседа с пациентом.

Система помощи пациенту может быть:

- полностью-компенсирующая, в которой нуждаются три типа пациентов:

пациенты, которые не могут выполнить ни каких действий, находясь в бессознательном состоянии;

пациенты, находящиеся в сознании, которые не могут или которым не разрешено двигаться;

пациенты, которые не в состоянии принимать решения самостоятельно. Например, пациент в коматозном состоянии нуждается в полностью компенсирующем уходе, продолжительность которого будет зависеть от прогноза заболевания;

- частично-компенсирующая, когда распределение задач зависит от степени ограничения двигательных способностей, а также от готовности пациента усваивать и выполнять определенные действия, например, пациент с двусторонними шинами верхних конечностей нуждается в помощи персонала и родственников до снятия гипса. Степень ограничения самоухода в данном случае частичная, поэтому и уход будет частично компенсирующий, так как пациент в состоянии ходить, сидеть, стоять, перемещаться в постели;

- консультативная (поддерживающая), когда пациент может осуществлять само уход и обучаться соответствующим действиям, но при наличии помощи медсестры (амбулаторное обслуживание), например, переживание по поводу потери близкого человека, гериатрический возраст пациента, известие о наличии неизлечимого заболевания могут быть причиной «потери вкуса к жизни», развития депрессивного состояния. Пациенты, которые потеряли стимул к уходу за своей внешностью, нуждаются только в консультативной помощи.

2. Советы (рекомендации). Совет — это эмоциональная, интеллектуальная и психологическая поддержка. Сестринскому персоналу необходимо владеть техникой профессионального общения, азами педагогики и андрагогики (наука обучения взрослых людей), чтобы к совету прислушивались. Только тогда совет помогает рассмотреть альтернативы, избавиться от стрессов, смириться с необходимостью приспособиться к непривычному образу жизни, например, бросить курить, похудеть, заняться определённым видом спорта и др.

3. Обучение. Совет очень близко связан с обучением. Однако человек, дающий совет, надеется на изменения в отношениях и эмоциональной сфере, а после проведения обучения рассчитывает на приобретение новых знаний и психомоторных навыков. Сестринский персонал несёт ответственность за выявление необходимости в обучении, а также качество и результативность образования пациентов.

4. Создание условий для скорейшего достижения целей лечения. Благоприятная обстановка, внутренний климат самого лечебного учреждения, окружение оказывают влияние на состояние пациентов, течение и прогноз заболевания. При поступлении в больницу необходимо адаптировать пациента к условиям больничной среды: познакомить пациента со спецификой отделения, медицинским персоналом, представить его соседям по палате, ознакомить с распорядком дня, столовой, санитарными комнатами, служебными помещениями. Следует создать условия для уединения пациента, что необходимо при проведении гигиенических мероприятий, разговоре с родственниками, друзьями или персоналом. Если пациент получает уход на дому, необходимо найти время и рассказать ему о целях патронажа и возможных результатах таких визитов на дом.

5. Упреждающий уход. Сестринский персонал должен чётко представлять потенциальные проблемы пациентов, связанные с заболеванием или пребыванием в лечебно-профилактическом учреждении, например, для пациентов с нарушением подвижности такой проблемой являются пролежни и т.д., побочные реакции могут возникать в ответ на проведённые сестринские вмешательства. Необходимо предвидеть развитие осложнений и вовремя скорректировать свои действия либо прервать манипуляцию. Так, в случае выраженной аллергической реакции, медсестра вправе прекратить капельное вливание ещё до прихода врача. Следует знать особенности проведения различных диагностических процедур, их возможные последствия, например, побочным действием бариевой клизмы при проведении ирригоскопии является задержка стула. Необходимо проследить за пациентом после такого исследования, дать ему рекомендации относительно питьевого режима, после беседы с врачом в случае необходимости дать слабительное, выяснить и отметить, когда был стул.

6. Профилактические мероприятия. Профилактика - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и укрепление здоровья, предотвращение заболеваний. Профилактические мероприятия гораздо шире и разнообразнее, чем просто выполнение определённых действий по уходу. Они направлены на пропаганду здорового образа жизни и ответственного отношения людей к своему здоровью; выявление и устранение факторов риска различных заболеваний; раннюю диагностику и своевременное лечение; предупреждение осложнений, в том числе ятрогенного характера; усиление реабилитационных возможностей пациентов и оказание помощи инвалидам. Примеры таких действий: участие сестры в профилактических осмотрах, иммунизации населения, обучение пациентов, страдающих артериальной гипертензией, измерять артериальное давление и вести дневник наблюдений, а пациентов, страдающих сахарным диабетом, самостоятельно определять уровень сахара и многое другое.

7. Выполнение процедур и манипуляций по уходу. Сестринский персонал должен в совершенстве владеть техникой проведения сестринских манипуляций.

8. Выполнение мероприятий по оказанию неотложной доврачебной помощи. Для оказания такой помощи следует уметь распознать неотложное состояние, в совершенстве владеть техникой реанимационных мероприятий, знать лекарственные препараты, которые применяют в экстремальных ситуациях, способы их введения, чётко и слаженно работать с членами бригады.

9. Наблюдение и оценка действий всех членов бригады участвующих в уходе. Весь комплекс мероприятий по уходу обычно выполняется несколькими людьми. Это медицинские сёстры (постовые, процедурные, перевязочные), диетсестра, инструктор ЛФК, младшая медицинская сестра, родственники и др. Распределяя уход, необходимо быть уверенным, что он будет выполнен в соответствии с необходимыми требованиями или стандартами сестринской практики.

Пятый этап сестринского процесса - оценка.

Сама по себе оценка — это написанное сестринским персоналом заключение о реакции пациента на сестринский уход (объективная оценка) и мнение пациента о достижении цели (субъективная оценка). Эти оценки могут не совпадать, тогда предпочтение должно быть отдано оценке самого пациента. Оценка осуществляется сестрой непрерывно, с определённой периодичностью, которая зависит от состояния пациента и характера проблемы. Например, оценка в отношении одного пациента будет производиться вначале и в конце смены, а в отношении другого - каждый час.

Если поставленная цель достигнута, дается четкая запись в плане ухода: «Цель достигнута». В том случае, если цель не достигнута или достигнута не полностью, в графу «Итоговая оценка» записывается как словесная реакция пациента, так и оценка сестрой поведенческой реакции пациента.

Источниками и критериями оценки сестринского ухода служат следующие факторы:

- оценка степени достижения поставленных целей сестринского ухода;
- оценка ответной реакции пациента на сестринские вмешательства, на медперсонал, лечение, удовлетворенности фактом пребывания в стационаре, пожеланий;
- оценка эффективности влияния сестринской помощи на состояние пациента; активный поиск и оценка новых проблем пациента. Например, при обезвоживании в качестве оценочного критерия может выступать водный баланс, а при выяснении уровня боли соответствующие цифровые шкалы.

При необходимости план сестринских мероприятий пересматривается, прерывается или изменяется. Когда намеченные цели не достигаются, то оценка дает возможность увидеть факторы, мешающие их достижению. Если конечный результат сестринского процесса приводит в неудаче, то сестринский процесс повторяется последовательно для нахождения ошибки и изменения плана сестринских вмешательств.

Основания для изменения плана:

- цель достигнута, и проблема снята;
- цель не достигнута;
- цель достигнута не полностью;
- возникла новая проблема и (или) прежняя проблема перестала быть столь актуальной в связи с возникновением новой проблемы.

Новое состояние пациента может быть:

- лучше прежнего состояния;
- без изменений;
- хуже прежнего состояния.

Если цели не достигнуты медицинской сестре\медицинскому брату необходимо:

- выявить причину допущенных ошибок;
- пересмотреть цель;
- пересмотреть сроки достижения цели;
- ввести необходимые коррективы в план сестринских вмешательств.

Документирование сестринского процесса.

Правильное ведение соответствующей медицинской документации вменяется в обязанности медицинской сестры и обеспечивает адекватное осуществление лечения больных, контроль за динамикой лечебно-диагностического процесса (в том числе за состоянием пациента) и использованием материально-технических средств, учёт выполняемой медицинским персоналом работы.

Шаблон комплексного плана сестринского ухода.

1. Соблюдение режима эмоциональной безопасности, в том числе создание атмосферы оптимизма, организация досуга пациента, обеспечение психологической поддержки (возможно с привлечением специалиста).
 2. Обеспечение и контроль режима рациональной двигательной активности: обеспечение и контроль режима двигательной активности пациента по назначению врача; соблюдение принципов эргономики и правил биомеханики для безопасного передвижения, перемещения пациента;
 3. Соблюдение правил внутрибольничного распорядка и выполнения манипуляций.
- 3.1. Контроль общего состояния пациента (состояние сознания, положения в кровати, измерение температуры, АД, подсчет пульса, частоты дыхания).
 - 3.2. Выполнение назначений врача, в том числе адекватное обезболивание и устранение наиболее тягостных для пациента симптомов болезни, по назначению врача. Обеспечение консультаций других специалистов (по необходимости, по решению лечащего врача).
 - 3.3. Контроль физиологических отправления (стул, мочеиспускание).
 - 3.4. Контроль за соблюдением пациентами лечебного питания, контроль продуктовых передач, в том числе кормление тяжелобольного.
 - 3.5. Подготовка пациента к лабораторным и инструментальным методам исследования.
 - 3.6. Проведение реабилитационных мероприятий (лечебной физкультуры, массажа и др.).
 - 3.7. Проведение обучающих занятий с пациентом и\или родственниками пациента.
 - 3.8. Рекомендации по диспансерному наблюдению у участкового после выписки из стационара.
4. Осуществление мероприятий по профилактике пролежней, опрелостей (при риске развития):

Рекомендуемый план ухода при риске развития пролежней (у неподвижного пациента).

Ежедневно 1 раз - проведение текущей оценки риска развития пролежней не менее 1 раза в день (утром) по шкале Ватерлоу или иной шкале (укажите название шкалы).

Ежедневно каждые 2 ч, в ночное время по потребности с учетом риска развития пролежней изменение положения пациента каждые 2 ч (выбор положения и их чередование могут изменяться в зависимости от заболевания и состояния пациента):

- 8-10 ч - положение Фаулера;
- 10-12 ч - положение "на левом боку" (положение 30°);
- 12-14 ч - положение "на правом боку" (положение 30°);
- 14-16 ч - положение Фаулера;
- 16-18 ч - положение Симса;
- 18-20 ч - положение Фаулера;
- 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.

Ежедневно по потребности - обмывание загрязненных участков кожи.

Проверка состояния постели при перемене положения (каждые 2 ч).

Однократно в рамках Школы ухода за пациентом и по потребности - обучение лиц, ухаживающих за пациентом технике правильного перемещения (приподнимая над кроватью).

Ежедневно 4 раза - определение количества съеденной пищи (количество белка не менее 120 г).

В течение дня - обеспечение употребления не менее 1,5 л жидкости в сутки:

- с 9 -13 - 700 мл;
- с 13 -18 - 500 мл;
- с 18 -22 - 300 мл.

В течение дня - использование противопролежневой подушки (прокладки) в зоне участков риска, исключающих давление на кожу.

В течение дня, 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 салфетки.

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.

В течение дня, при усилении болей - консультация врача.

Однократно, в рамках Школы ухода за пациентом и по потребности - обучение пациента и поощрение его изменять положение в постели (точки давления) с помощью перекладин, поручней и других приспособлений.

Ежедневно 3 раза - массаж кожи около участков риска.

В течение дня, не менее 2 раз - обучение пациента дыхательным упражнениям и поощрение его выполнять их.

В течение дня - наблюдение за влажностью кожи и поддержание умеренной влажности.

Однократно при поступлении и после оценки риска развития пролежней - обеспечить противопролежневый матрасом с первого дня пребывания в стационаре.

Рекомендуемый план ухода при риске развития пролежней (у пациента, который может сидеть).

Ежедневно 1 раз - проводить текущую оценку риска развития пролежней не менее 1 раза в день (утром) по шкале Ватерлоу.

Ежедневно каждые 2 ч, в ночное время по потребности с учетом риска развития пролежней - изменять положение пациента каждые 2 ч (выбор положения и их чередование могут изменяться в зависимости от заболевания и состояния пациента.):

- 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 по потребности - обмывание загрязненных участков кожи.

Ежедневно каждые 2 ч, в ночное время по потребности с учетом риска развития пролежней - проверка состояния постели при перемене положения (каждые 2 ч).

Однократно в рамках Школы ухода за пациентом и по потребности - обучение родственников пациента технике правильного перемещения (приподнимая над кроватью).

Однократно в рамках Школы ухода за пациентом и по потребности - обучение пациента самостоятельному перемещению в кровати с помощью устройства для приподнимания.

Однократно в рамках Школы ухода за пациентом и по потребности - обучение пациента технике безопасного самостоятельного перемещения с кровати в кресло с помощью других средств.

Ежедневно 4 раза - определение количества съеденной пищи (количество белка не менее 120 г).

В течение дня обеспечить употребление не менее 1,5 л жидкости в сутки:

- с 9 -13 - 700 мл;
- с 13 -18 - 500 мл;
- с 18 -22 - 300 мл.

В течение дня использовать противопролежневые подушки (прокладки), исключающие давление на кожу под участки риска, в т.ч. в положении пациента "сидя" (под стопы).

В течение дня, 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 салфетки. 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.

В течение дня, при усилении болей - консультация врача.

Однократно, в рамках Школы ухода за пациентом и по потребности - обучение пациента и поощрение его изменять положение в постели (точки давления) с помощью перекладин, поручней и других приспособлений.

□ Ежедневно 3 раза - массаж кожи около участков риска развития пролежней.

□ Однократно, при поступлении и после оценки риска развития пролежней - обеспечить противопролежневым матрасом и подушкой для кресла-коляски с первого дня пребывания в стационаре.

Мероприятия по соблюдению санитарно-противоэпидемического режима:

□ Влажная уборка палаты (не менее 2-х раз в день).

□ Генеральная уборка палаты (терапевтического профиля -1 раз в 30 дней; хирургического профиля -1 раз в неделю). □ Дезинфекция воздуха в палате (по эпид. показаниям; по графику, в соответствии с площадью помещения);

□ Проветривание палаты каждые 2 часа по 15 минут (по погодным условиям, исключая сквозняки).

□ Дезинфекция предметов ухода за пациентом после использования. Создание комфортных и безопасных условий пребывания в палате.

Соблюдение санитарно-гигиенического режима: осуществление мероприятий по личной гигиене тяжелобольного:

- умывание лица (ежедневно);
- уход за глазами (ежедневно);
- уход за ротовой полостью (после каждого приема пищи);
- уход за носом (ежедневно);
- очищение наружного слухового прохода (1 раз в 3-4 дня);
- бритье лица (не менее 1 раза в неделю);
- мытье головы (не менее 1 раза в неделю);
- расчесывание волос (ежедневно);
- мытье кистей, стоп с распариванием и стрижкой ногтей (не менее 1 раза в неделю);
- уход за наружными половыми органами и промежностью (не менее 1-2 раз в день и после каждой дефекации, при наличии у женщины менструации - чаще со сменой гигиенической прокладки)
- смена нательного и постельного белья - 1 раз в три дня и по мере загрязнения.
- обтирание кожи больного - ежедневно, не менее 1-2-х раз в день;
- принятие душа, ванны, по показаниям (не менее 1 раза в неделю);
- стрижка волос (приглашенным специалистом), с разрешения пациента (в случае недееспособности пациента, с согласия родственников) - 1 раз в месяц.

8. Вопросы по теме занятия

1. Назовите и охарактеризуйте уровни основных человеческих потребностей по А. Маслоу.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

2. Дать понятие терминам «Потребность». Расскажите, как классифицировала потребности В. Хендерсон.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

3. Расскажите с чего начинается работа с пациентом. Охарактеризуйте расспрос, как метод сбора информации о пациенте. Перечислите источники информации о пациенте.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

4. Расскажите об особенностях общения с пациентами с точки зрения профессиональной этики и деонтологии, назовите психологические особенности пациентов разных возрастных групп.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

5. Расскажите об этапах сестринского процесса, охарактеризуйте каждый этап.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

6. Расскажите о правилах формулирования целей (краткосрочные, долгосрочные).

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

7. Перечислите возможные проблемы пациента.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

8. Дайте определение понятию «Сестринский процесс».

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

9. Перечислите потребности пациента по классификации С.А. Мухиной и И.И. Тарновской.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

10. Назовите 10 "ДА" терапевтического общения и 10 "НЕТ" терапевтического общения.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

11. Расскажите о содержании общения и способах воздействия на партнера.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

12. Охарактеризуйте вербальный и невербальный типы общения, паралингвистические эффекты общения. Расскажите об особенностях поддержания связи с пациентами, неспособными к вербальному общению.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

13. Дайте определение понятию "Общение". Назовите уровни общения. Перечислите функции общения. Охарактеризуйте стили общения.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

14. Расскажите в чем заключается суть холистического подхода в работе с пациентом.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

15. Расскажите, что включает в себя понятие «Врачебная тайна», какими способами может выражаться разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, и какую ответственность может понести за разглашения врачебной тайны медицинский персонал.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. СОЦИАЛЬНЫЕ ПОТРЕБНОСТИ ЧЕЛОВЕКА:

- 1) выделение продуктов жизнедеятельности;
- 2) сон;
- 3) признание;
- 4) еда;
- 5) безопасность;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

2. КОЛИЧЕСТВО ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ ПОТРЕБНОСТЕЙ, ВЫДЕЛЕННЫХ В. ХЕНДЕРСОН:

- 1) 3;
- 2) 5;
- 3) 10;
- 4) 14;
- 5) 12;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

3. СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ — ЭТО:

- 1) определение главного клинического синдрома;
- 2) выявление конкретной болезни у конкретного человека или у членов семьи;
- 3) определение нарушенных потребностей, существующих и потенциальных проблем пациента в связи с болезнью;
- 4) определение прогноза развития болезни;
- 5) тоже самое, что врачебный диагноз;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

4. ПОТРЕБНОСТЬ — ЭТО:

- 1) состояние индивида;
- 2) диагноз;
- 3) рефлекс;
- 4) симптом;
- 5) отсутствие самоухода;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

5. ЦЕЛИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА БЫВАЮТ:

- 1) краткосрочными и долгосрочными;
- 2) общими и частными;
- 3) личными и общими;
- 4) конкретными и неконкретными;
- 5) достигаемые и недостигаемые;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

6. К НАИБОЛЕЕ ВЫСОКОМУ УРОВНЮ /СТУПЕНИ/ «ПИРАМИДЫ» А.МАСЛОУ ОТНОСИТСЯ

СЛЕДУЮЩАЯ ПОТРЕБНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА:

- 1) выживание;
- 2) безопасность;
- 3) самореализация;
- 4) принадлежность к группе;
- 5) уважение;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

7. ПЕРВЫЙ, БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ В ПИРАМИДЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ ЦЕННОСТЕЙ (ПОТРЕБНОСТЕЙ) ПСИХОЛОГА А.МАСЛОУ:

- 1) принадлежность;
- 2) выживание;
- 3) достижение успеха;
- 4) безопасность;
- 5) самореализация;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

8. ВИТАЛЬНЫЕ ПОТРЕБНОСТИ - ЭТО:

- 1) потребность занять определенное место в обществе;
- 2) потребность жить и обеспечивать свою жизнь;
- 3) потребность познавать внешний и внутренний мир;
- 4) социальные потребности человека;
- 5) самореализация;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

9. ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ В % СООТНОШЕНИИ:

- 1) 10;
- 2) 50;
- 3) 20;
- 4) 100;
- 5) 5;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

10. БОЛЬ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ, ДЕФОРМАЦИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА - ЭТО НАРУШЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ:

- 1) сна;
- 2) работы и отдыха;
- 3) движения;
- 4) безопасности;
- 5) общения;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

11. САМОУХОД - ЭТО:

- 1) ограничение возможности обслуживать самого себя;
- 2) способность к самообслуживанию;
- 3) невозможность самообслуживания;
- 4) полная зависимость от другого человека;
- 5) частичная зависимость от другого человека;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

12. ЗДОРОВЬЕ (ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ВОЗ) - ЭТО:

- 1) отсутствие болезней;
- 2) состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов;
- 3) поддержание гомеостаза в организме;
- 4) способность человека к самоуходу;
- 5) состояние души;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

13. СИСТЕМА ВЗГЛЯДОВ НА ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ СЕСТРОЙ, ПАЦИЕНТОМ, ОБЩЕСТВОМ И

ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДОЙ, ОСНОВАННАЯ НА ОБЩЕЧЕЛОВЕЧЕСКИХ ПРИНЦИПАХ ЭТИКИ И МОРАЛИ - ЭТО:

- 1) Сестринское дело;
- 2) Этический кодекс медицинских сестер;
- 3) сестринский процесс;
- 4) философия сестринского дела;
- 5) сестринское вмешательство;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

14. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, НАУКА И ИСКУССТВО, НАПРАВЛЕННЫЕ НА РЕШЕНИЕ СУЩЕСТВУЮЩИХ И ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ СО ЗДОРОВЬЕМ В УСЛОВИЯХ ИЗМЕНЕНИЯ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ.:

- 1) Сестринское дело;
- 2) Этический кодекс медицинских сестер;
- 3) сестринский процесс;
- 4) философия сестринского дела;
- 5) сестринские вмешательства;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

15. К НЕЗАВИСИМОМУ ТИПУ СЕСТРИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ:

- 1) обучение пациента дыхательной гимнастике;
- 2) постановка инъекций;
- 3) взятие крови;
- 4) назначение ЛФК;
- 5) назначение физиопроцедур;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. В нейрохирургическом отделении находится пациент с диагнозом: закрытый перелом 4-5 поясничных позвонков с повреждением спинного мозга. Рваная рана правой кисти. Медицинская сестра, заступившая на дежурство, во время расспроса выявила, что травма произошла 2 недели назад. В настоящее время боли пациента не беспокоят, стул был сегодня после клизмы. При осмотре пациента медицинская сестра обнаружила наличие постоянного катетера в мочевом пузыре, под голени подложены поролоновые прокладки. Медицинская сестра обработала спину пациента камфорным спиртом, смела крошки, поправила постельное белье. Для профилактики развития контрактур голеностопных суставов поставила под стопы упор. Осматривая кисть, отметила, что повязка сухая, лежит хорошо. Около постели пациента постоянно дежурит родственник.

- 1) Нарушенные потребности – в движении, в безопасности, выделять, в личной гигиене, самостоятельно одеваться, раздеваться, самостоятельно принимать пищу и жидкость. Проблемы пациента Настоящие проблемы: – отсутствие движений и чувствительности нижних конечностей, – дренированный мочевой пузырь, – ограничение самоухода. – нарушение целостности кожи правой кисти. Потенциальные проблемы: – риск возникновения недержания кала и мочи, – риск развития пролежней, – риск инфицирования дренированного мочевого пузыря, – риск развития атрофии мышц, риск развития пневмонии. Приоритетная проблема: – дренированный мочевой пузырь, высокий риск его инфицирования. – ограничение самоухода. Цели Краткосрочная: – отсутствие инфицирования мочевыделительной системы к 7 дню пребывания в стационаре при обеспечении адекватного ухода. – обеспечение пациенту комфортных условий на время пребывания в стационаре. Долгосрочная: отсутствие: инфицирования мочевого пузыря, пролежней, атрофии мышц, больничной пневмонии к моменту выписки пациента из стационара. Сестринские вмешательства Мероприятие Мотивация Обеспечение лечебно-охранительного режима: 4. соблюдение режима эмоциональной безопасности; 5. обеспечение режима рациональной двигательной активности по назначению врача; 6. строгое соблюдение правил внутрибольничного распорядка и выполнения манипуляций: медикаментозная терапия, применение очистительной клизмы, перевязки раневой поверхности; подготовка пациента к лабораторным и инструментальным методам исследования. Создание комфорта, уменьшения действия раздражителей; создание физического покоя, профилактики осложнений, травм. Мероприятия по профилактике пролежней, опрелостей: – санитарная обработка кожных покровов 1 раз в сутки, утром; – подмывание, не реже 1 раза в день; – обработка кожи в местах сдавления этиловым или камфорным спиртом с легким массажем (при отсутствии нарушения целостности кожных покровов); – смена положения в постели каждые 2 часа с использованием ортопедических приспособлений по согласованию с врачом; – использование нательного и постельного белья из хлопчатобумажной ткани, без швов и застежек в местах соприкосновения с телом, своевременная его смена, удаление крошек и неровностей на поверхности белья. – использование функциональной кровати и противопролежневого матраца; – использование адсорбирующих пеленок (при необходимости) и своевременная их смена; – обработка сухой кожи питательными кремами, жирной - присыпкой; – проведение воздушных ванн; – рациональное и сбалансированное питание; – обучение пациента и его родственников

дыхательным упражнениям и поощрение их выполнения каждые 2 часа; – обучить родственников и других лиц ухаживать за пациентом с ограничением движения. Профилактика пролежней. Мероприятия по соблюдению санитарно-противоэпидемического режима: – своевременная уборка, и санация воздуха в палате; – дезинфекция предметов ухода за пациентом. Создание комфортных и безопасных условий пребывания в палате. Контроль состояния пациента (измерение температуры, АД, подсчет пульса, частоты дыхания). Ранняя диагностика осложнений и своевременного оказания неотложной помощи. Контроль физиологических отпавлений: – стул, мочеиспускание. – обеспечение ухода при наличии постоянного уретрального катетера. Профилактика запоров, отеков, образования кон-крементов в почках. Соблюдение санитарно-гигиенического режима: – осуществление мероприятий по личной гигиене. Создание комфорта, профилактика осложнений. Кормление тяжелобольного: – обеспечение помощи при приеме пищи пациентом; – контроль качества питания и продуктовых передач; Обеспечение поступления адекватного количества питательных веществ в соответствии с энерготратами пациента; обеспечение жизненно важных функций организма. Создание атмосферы оптимизма. Организация досуга пациента. Обеспечение максимально возможного комфорта и благополучия. Обучение пациентов приемам самоухода. Поощрение, мотивации к действию. Проведение реабилитационных мероприятий: – лечебная физкультура, массаж и др., проводят специалисты по массажу. Профилактика больничной пневмонии. Восстановление нарушенных функций организма. Оценка результата: к моменту выписки состояние пациента удовлетворительное, осложнений нет. Цель достигнута.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-10, ПК-1.3, ПК-1.2, ПК-1.1, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

2. В терапевтическое отделение областной больницы поступила пациентка Иванова Мария Ивановна, 50 лет, с жалобами на сильную головную боль в затылочной области, мелькание мушек перед глазами. Ухудшение состояния связывает со стрессовой ситуацией. Пациентку поместили в палату № 5. Медицинская сестра отделения при объективном обследовании выявила: состояние тяжелое, пациентка возбуждена, кожные покровы лица гиперемированы, пульс – 102 уд. в минуту, ритмичный, напряженный, АД – 202/100 мм рт.ст.

1) 1) Нарушено удовлетворение потребностей: Двигаться и поддерживать нужное положение. Спать и отдыхать. Самостоятельно одеваться и раздеваться, выбирать одежду. Соблюдать личную гигиену, заботиться о внешнем виде. Обеспечивать свою безопасность. Поддерживать общение с другими людьми, выражая свои эмоции, мнение. Заниматься любимой работой. 2) Проблемы пациента: • Настоящие: сильная головная боль в затылочной области, мелькание мушек перед глазами из-за высокого артериального давления 200/100 мм рт.ст. ограничение самоухода из-за тяжелого состояния, стресс, • Приоритетная: сильная головная боль в затылочной области, мелькание мушек перед глазами из-за высокого артериального давления 200/100 мм рт.ст. • Потенциальные: ухудшение состояния, гипертонический криз. 3) Цели: • краткосрочная – снижение артериального давления до нормальных значений через 15-20 минут после приема лекарственного средства по назначению врача. • долгосрочная – нормализация артериального давления к моменту выписки на фоне адекватной терапии. Демонстрация пациенткой знаний и умений по контролю за артериальным давлением. 4) План сестринских вмешательств: 1. Обеспечение лечебно-охранительного режима. • мероприятия по соблюдению режима эмоциональной безопасности: успокоить пациентку; обеспечить покой и комфорт; • мероприятия по соблюдению режима двигательной активности: контролировать соблюдение постельного режима до отмены врачом; придать пациентке положение Фаулера; обеспечить приток свежего воздуха; • мероприятия по соблюдению распорядка дня и выполнения манипуляций: ввести пациентке лекарственное средство по назначению врача; измерить артериальное давление после приема лекарственного средства; контролировать показатели пульса, частоты дыхательных движений, температуры тела; наблюдать за общим состоянием пациентки; контролировать физиологические отпавления; обеспечивать лечение по назначению врача; подготовить пациентку к лабораторным и инструментальным методам исследования по назначению врача; транспортировать пациентку на исследование, при необходимости; контролировать соблюдение пациенткой лечебного питания по назначению врача; контролировать продуктовые передачи; обучить пациентку технике измерения артериального давления и регистрации показателей в дневнике самоконтроля; провести с пациенткой беседу о необходимости профилактики стрессовых ситуаций и приемах саморегуляции при стрессовых ситуациях для профилактики повышения артериального давления; провести с пациенткой беседу о необходимости соблюдения правильного питания для профилактики повышения артериального давления; рекомендовать пациентке диспансерное наблюдение по месту жительства после выписки. 2. Обеспечение гигиенического режима: обеспечивать помощь пациентке при выполнении гигиенических процедур: утренний туалет, подмывание, обработка кожных покровов; смене нательного и постельного белья до улучшения состояния и восстановлении возможности к самоуходу. обеспечивать помощь при физиологических отпавлениях. 3. Обеспечение контроля за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима: контролировать своевременность проведения влажной уборки в палате; контролировать график проветривания палаты; проводить дезинфекцию воздуха в палате, по графику; проводить дезинфекцию предметов ухода за пациентом. 4. Обеспечение мероприятий по профилактике пролежней: в случае ухудшения состояния. 5. Оценка работы: после приема лекарственного средства, по назначению врача артериальное давление снизилось до 140/90 мм. рт. ст., пациентка отметила, что головная боль и мелькание мушек перед глазами ее не беспокоят. К моменту выписки состояние пациентки удовлетворительное, жалоб нет. Пациентка демонстрирует знания и умения по контролю за артериальным давлением и профилактике его повышения. Цель достигнута.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-10, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

3. В стационар доставлена пациентка Василькова Елена Геннадьевна, 35 лет с диагнозом пневмония нижней доли правого легкого. При сестринском обследовании выявлены жалобы на резкое повышение температуры, слабость, боли, в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком вдохе, кашель, одышку, выделение мокроты. Заболела после переохлаждения. В домашних условиях принимала жаропонижающие таблетки, но состояние быстро ухудшалось. Пациентка подавлена, в контакт вступает с трудом, выражает опасение за возможность остаться без работы. Объективно: состояние тяжелое, температура 39,5° С. Лицо гиперемировано, на губах герпес, ЧДД 32 минуту. Пульс 106 в минуту, ритмичный, умеренного напряжения. АД 112/70 мм рт. ст.

1) 1) Нарушено удовлетворение потребностей: Нормально дышать. Двигаться и поддерживать нужное положение. Спать и отдыхать. Самостоятельно одеваться и раздеваться, выбирать одежду. Поддерживать температуру тела в нормальных пределах, подбирая соответствующую одежду и изменяя окружающую среду. Соблюдать личную гигиену, заботиться о внешнем виде. Обеспечивать свою безопасность и не создавать опасность для других людей. Поддерживать общение с другими людьми, выражая свои эмоции, мнение. Заниматься любимой работой. 2) Проблемы пациента: • Настоящие: повышение температуры до 39,5° слабость, боли, в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком вдохе, кашель, одышка, выделение мокроты, на губах герпес, пульс 110 в минуту; пациентка подавлена, в контакт вступает с трудом, выражает опасение за возможность остаться без работы; ограничение самоухода; дефицит информации о заболевании. • Приоритетная: повышение температуры до 39,5° слабость, боли, в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком вдохе, кашель, одышка, выделение мокроты. • Потенциальные: ухудшение состояния, развитие осложнений, риск травмирания из-за слабости. 3) Цели: • краткосрочные: облегчение состояния пациентки во втором периоде лихорадки через 30-40 минут после приема жаропонижающего средства по назначению врача и сестринских вмешательств; улучшение состояния к 5-7 дню терапии по назначению врача. • Долгосрочная: улучшение состояния пациентки к моменту выписки на фоне терапии и сестринского ухода. Демонстрация пациенткой знаний и умений о заболевании и мерах по профилактике повторного заболевания. 4) План сестринских вмешательств: 1. Обеспечение лечебно-охранительного режима. • мероприятия по соблюдению режима эмоциональной безопасности: успокоить пациентку; обеспечить покой и комфорт; • мероприятия по соблюдению режима двигательной активности: контролировать соблюдение постельного режима до отмены врачом для профилактики травматизма; придать пациентке положение Фаулера для облегчения дыхания; обеспечить приток свежего воздуха для облегчения дыхания; • мероприятия по соблюдению распорядка дня и выполнения манипуляций (обеспечение процесса лечения по назначению врача, обеспечение сестринского ухода в разные периоды лихорадки при необходимости): дать пациентке лекарственное средство по назначению врача для снижения температуры тела; измерить температуру тела после приема лекарственного средства; обеспечивать лечение по назначению врача: антибиотикотерапия, обеспечение респираторной поддержки по показаниям: кислородотерапия, ИВЛ, гормонотерапия, противокашлевые и др.; обучить и обеспечить помощь пациентке при подготовке к лабораторным (мокрота, кровь, моча) и инструментальным методам исследования по назначению врача; обучить пациентку правилам отхаркивания мокроты. транспортировать пациентку на исследование, при необходимости; контролировать показатели пульса, частоты дыхательных движений, температуры тела, сатурации; наблюдать за общим состоянием пациентки; контролировать физиологические отправления; контролировать соблюдение пациенткой лечебного питания по назначению врача; контролировать продуктовые передачи; применить пузырь со льдом для местного охлаждения и облегчения состояния пациентки; смазывать губы гигиенической помадой или вазелином для их увлажнения при сухости; давать пациентке витаминизированное прохладное питье (морс, настой шиповника). провести с пациенткой беседу о недопустимости самолечения, о профилактике повторного заболевания; рекомендовать пациентке диспансерное наблюдение по месту жительства после выписки. Обучить пациентку дыхательной гимнастике. 2. Обеспечение гигиенического режима: обеспечивать помощь пациентке при выполнении гигиенических процедур: утренний туалет, подмывание, обработка кожных покровов; смене нательного и постельного белья, помощь при переодевании до улучшения состояния и восстановлении возможности к самоуходу. обеспечивать помощь при физиологических отправлениях. 3. Обеспечение контроля за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима: контролировать своевременность проведения влажной уборки в палате; контролировать график проветривания палаты; проводить дезинфекцию воздуха в палате, по графику; проводить дезинфекцию предметов ухода за пациентом. 4. Обеспечение мероприятий по профилактике пролежней: в случае ухудшения состояния. 5. Оценка работы: после приема жаропонижающего лекарственного средства, по назначению врача и сестринских вмешательств во втором периоде лихорадки состояние пациентки облегчилось. К седьмому дню терапии по назначению врача и сестринского ухода состояние пациентки улучшилось, температура снизилась, боль в грудной клетке отсутствует, снизилась интенсивность кашля, одышка уменьшилась. К моменту выписки состояние пациентки удовлетворительное, жалоб нет. Пациентка демонстрирует знания и умения по профилактике повторного заболевания, понимает необходимость дальнейшего наблюдения у участкового терапевта. Цель достигнута.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-10, ПК-1.1, ПК-1.3, ПК-1.2, ПК-2.3, ПК-2.1, ПК-2.2

4. Ребенку 3 месяца. При осмотре выявляется нарастание мышечного тонуса в сгибателях. Повышается сопротивление пассивным движениям (особенно в руках). Голову не держит. Поставленный на опору резко

разгибает ноги, становится на пальчики. При наклоне вперед - автоматическая походка. Отстает в нервно-психическом развитии: улыбка отсутствует, не сформирован "комплекс оживления". Безусловные рефлексы не угасают (хоботковый, Бабкина, Моро и т.д.). Направлен невропатологом на массаж с диагнозом: Перинатальная энцефалопатия.

Вопрос 1: Определите проблемы пациента;

Вопрос 2: Поставьте сестринский диагноз;

Вопрос 3: Определите цели Вашей работы;

Вопрос 4: Составьте план массажа;

1) Проблемы: настоящие - ограничение движений, нарастание мышечного тонуса сгибателей, формирование патологических поз; потенциальные - нарушение развития произвольных движений, формирования возрастных двигательных навыков, отставание в психо-физическом развитии.;

2) Сестринский диагноз: отставание в психомоторном развитии.;

3) Цели массажа: Погасить безусловные рефлексы с помощью рефлекс-запрещающих поз (поза эмбриона, показывания на мяче). Нормализовать тонус мышц конечностей. Стимулировать удержание головы.

Способствовать нервно-психическому развитию.;

4) 1) Поза эмбриона. В этой позе надо покачивать ребенка с одного бока на другой, вперед и назад 5-10 раз.

Движения делать плавно, ритмично. 2) Укладывание ребенка на мяч и покачивания его в этом положении.

Через некоторое время, когда наступает снижение тонуса мышц - сгибателей произвести выведение рук вперед.

3) И.П.Р. на спине. а) Поглаживание рук ребенка сочетая с приемом Фелнса (потряхивание) и одновременно отводя их в стороны. б) Воздействие на точку Нао-шу 10-VI на задней поверхности плечевого сустава тормозным методом так же с потряхиванием рук и отведением их в стороны. в) Поглаживание ног, чередуя с легким покачиванием (влево - вправо) таза ребенка. г) Воздействие на точку Хуань-тяо 30-XI на ягодице в области проекции тазобедренного сустава с одновременным потряхиванием и разведением бедер. 4) Для

стимулирования удержания головы: ИПР - лежа на животе, под грудь подложить плоский валик, руки вывести вперед. Провести классический массаж спины, ягодиц, ног, а затем стимулировать ряд точек паравerteбрально от С2 до С7 и от Д1 до Д4. 5) ДАТЬ РОДИТЕЛЯМ ЗАДАНИЕ НА ДОМ, обучив их приемам расслабления мышц. 6) СОПРОВОЖДАТЬ ЗАНЯТИЯ УЛЫБКОЙ, ласковым разговором с ребенком, привлекать его внимание яркими игрушками, способствовать нервно-психическому развитию ребенка.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-10, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.3, ПК-2.2, ПК-2.1

5. Ребенку 6 месяцев. При осмотре определено: повышение мышечного тонуса в руках, уменьшение объема их движения, кисти сжаты в кулачки. К игрушке не тянется. При тракции за руки голова запрокинута назад. Вызываются безусловные и тонические рефлексы. Отстает в психофизическом развитии. Направлен невропатологом на массаж с диагнозом - энцефалопатия.

Вопрос 1: Определите проблемы пациента;

Вопрос 2: Поставьте сестринский диагноз;

Вопрос 3: Определите цели Вашей работы;

Вопрос 4: Составьте план массажа;

1) Проблемы: настоящие - ограничение движений в руках, зависимость движений головы от движений в руках, формирование патологических поз; проблемы потенциальные - нарушение развития произвольных движений, формирования возрастных двигательных навыков, отставание в психо-эмоциональном развитии;

2) Сестринский диагноз - отставание в психомоторном развитии;

3) Цели массажа: краткосрочные: содействовать скорейшему погашению тонических рефлексов (упражнения по Бобат) и формированию установочных рефлексов. нормализация мышечного тонуса в руках, используя приемы классического и точечного массажа. Долгосрочные: стимулировать психическое развитие путем регулярных занятий лечебной гимнастикой и массажем. формирование возрастных двигательных навыков;

4) ПЛАН МАССАЖА И ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ. Для погашения тонических рефлексов и формирования установочных (прежде всего лабиринтного установочного рефлекса, благодаря которому ребенок начнет «держать голову») необходимо провести упражнения по Бобат в следующих позах: 1-я - поза «эмбриона» - с покачиванием во всех направлениях 2-я и 3-я - позы: - тренировка движения головой в И.П. на спине 4-я и 5-я - позы - для тренировки движений в руках 6,7,8,9 - позы - для тренировки движения ног. Упражнения на мяче (укладка на живот и затем на спину) с раскачиванием в разные стороны. Для расслабления спастических мышц рук применяются приемы поглаживания, потряхивания и точечный массаж (расслабляющий метод). Для расслабления большой грудной мышцы: I-1 Чжун-фу (в первом межреберье на 6 цуней от средней линии груди) Для разгибания в плечевом суставе. V-3 Шао-хай - на складке локтевого сгиба у локтевого края Для разгибания кисти: IX-7 Да-лин - на ЛЗС посередине между сухожилиями и далее точечный массаж у основания большого пальца и всех остальных пальцев с последующим отведением большого пальца и их разгибание. Далее проводим массаж и упражнения, укрепляющие ослабленные мышцы разгибателей руки (поглаживание, растирание, разминание и точечный массаж - тонизирующий метод.) Би-нао - на наружной поверхности плеча у места прикрепления дельтовидной мышцы к плечевой кости;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-10, ПК-1.3, ПК-1.2, ПК-1.1, ПК-2.3, ПК-2.2, ПК-2.1

11. Примерная тематика НИРС по теме

1. Сестринский процесс. Документация к сестринскому процессу. Изучение теоретического материала по теме: Сестринский процесс. Документация к сестринскому процессу. Решение проблемно-ситуационных задач на примере клинической ситуации.

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Двойников, С. И. [Сестринское дело при инфекционных заболеваниях](#) : учебное пособие / С. И. Двойников, Л. С. Жилина. - 6-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2022. - 300 с. - Текст : электронный.

- дополнительная:

Журавлев, В. И. [Сестринский уход при инфекционных заболеваниях](#) : учебное пособие / В. И. Журавлев. - 4-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2021. - 492 с. - Текст : электронный.

Рабинович, И. В. [Сестринский уход за больными с инфекционными заболеваниями. Практикум](#) : учебное пособие для СПО / И. В. Рабинович. - 2-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2022. - 184 с. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». (http://www.consultant.ru/document/cons_doc_law_121895/)

1. Тема № 2. Сестринский процесс. Документация к сестринскому процессу. (Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-10, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: репродуктивный, метод проблемного изложения

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Сестринский процесс - это современная сестринская технология, которая позволяет работать с пациентом, учитывая его индивидуальность. Сестринский персонал выявляет удовлетворение каких потребностей нарушено у пациента при том или ином заболевании или состоянии, какие проблемы возникают у пациентов в связи с этим, для того, чтобы запланировать оптимальные действия, направленные на решение проблем пациентов, и, как следствие, восстановить нарушенные потребности как можно быстрее, либо адаптировать пациента к условиям жизни с учетом отсутствия возможности реализовывать потребности самостоятельно или к условиям их ограниченной реализации. Следует отметить, что сестринский персонал действует в рамках профессиональных компетенций.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** цели общения в сестринском деле., уровни общения. функции общения. типы общения., виды коммуникаций: вербальное, бессловесное (невербальное)., факторы, способствующие и препятствующие общению. стили общения. эффективность общения., виды общения: терапевтическое, эффективное, не терапевтическое, неэффективное., правила поддержания связи с пациентами, неспособными к вербальному общению., правила эффективного знакомства с пациентом., 10 да терапевтического общения. 10 нет терапевтического общения., роль обучения в сестринском деле. терапевтическое обучение больных. функции медицинской сестры как преподавателя. требования к медицинской сестре медицинскому брату, как к преподавателю., задачи и сферы обучения в сестринском деле. виды учебных занятий. средства обучения. способ обучения пациента. условия эффективного обучения. этапы процесса обучения., сестринский процесс как метод организации оказания сестринской помощи. цели сестринского процесса. этапы сестринского процесса: первый этап: сестринское обследование пациента (субъективная информация, объективные данные, дополнительная информация); второй этап: сестринская диагностика (сестринские диагнозы, связанные с нарушением различных процессов у пациента); третий этап сестринского процесса: постановка целей и планирование сестринских вмешательств; четвертый этап: реализация запланированных сестринских вмешательств; пятый этап: оценка результатов сестринской деятельности. документирование сестринского процесса., источники информации о пациенте., объективные методы исследования: план внешнего осмотра; определение степени тяжести состояние пациента; оценка состояния сознания пациента; оценка положения пациента; определение выражения лица пациента, характеристика; выявление нарушения походки пациента, характеристика; телосложение, конституциональный тип, характеристика; правила проведения осмотра кожи и слизистых; элементы первичного поражения кожи, характеристика; элементы вторичного поражения кожи, характеристика; дериваты кожи, характеристика; исследование лимфатических узлов, характеристика; исследование мышечной системы, позвоночника, характеристика; отеки, виды отечной жидкости, методы выявления отеков., **уметь** сестринский процесс. документация к сестринскому процессу., **владеть**

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** кабинет сестринского дела

- **оснащение занятия:** комплект учебной мебели, посадочных мест, компьютер с возможностью подключения к сети «интернет» и доступом к электронной информационно-образовательной среде

7. Аннотация (краткое содержание темы)

Этапы сестринского процесса.

1 этап - Сестринское обследование.

2 этап - Выявление проблем пациента.

3 этап - Планирование сестринского ухода.

4 этап - Реализация плана ухода.

5 этап - Оценка достигнутых результатов.

Первый этап сестринского процесса - сестринское обследование.

Цель обследования:

- формирование информационной базы данных о пациенте в момент обращения за помощью;
- документирование полученной информации (собранные данные записываются в сестринскую историю стационарного пациента по определенной форме).

Задачи первого этапа:

- собрать данные о физиологических, психологических, духовных, социальных аспектах здоровья пациента, его семьи, степени независимости пациента в повседневной жизни;
- осуществить регистрацию наиболее важных показателей повседневной жизнедеятельности пациента в сестринской карте стационарного пациента;
- определить возможность самообслуживания, иначе удовлетворения жизненно важных потребностей;
- сделать заключение о наличии проблем у данного пациента и о необходимости и объеме профессионального ухода. Для реализации данного этапа необходимо соблюсти следующие условия:
- профессиональная компетентность сестринского персонала, навыки наблюдения, общения, анализа и интерпретации полученных данных;
- доверительная обстановка, достаточное время;
- конфиденциальность;
- участие пациента и, если необходимо, других лиц;
- участие других медицинских работников.

Данные обследования могут носить субъективный и объективный характер. Источником субъективной информации является, в первую очередь, сам пациент; субъективные данные (жалобы) включают чувства и эмоции, выраженные вербальным и невербальным методами. Источником субъективной информации может быть не только пострадавший, но и члены его семьи, коллеги по работе, друзья, случайные прохожие и т.д. Они дают информацию и в том случае, когда пострадавшим является ребенок, человек с расстройствами психики, человек в бессознательном состоянии и т.п. Источниками данных являются: пациент, семья, другие специалисты в области медицины, медицинская документация, специальная литература.

Содержание субъективной информации:

- общие сведения о пациенте;
- расспрос пациента;
- жалобы пациента в настоящее время;
- история здоровья или болезни пациента: социальные сведения и условия жизни, сведения о привычках, аллергоанамнез, гинекологический (урологический) и эпидемиологический анамнезы;
- наследственность;
- боль, локализация, характер, интенсивность, длительность, периодичность, реакция на боль.

Объективная информация – данные, которые получены в результате наблюдений и обследований, проводимых сестринским персоналом. К объективным данным относятся: анамнез, социологические данные (взаимоотношения, источники, окружающая среда, в которой пациент живет и работает), данные о развитии (если это ребенок), сведения о культуре (этнические и культурные ценности), информация о духовном развитии (духовные ценности, вера и т.д.), психологические данные (индивидуальные особенности характера, самооценка и способность принимать решения). Важным источником объективной информации являются: данные физикального обследования пациента (пальпация, перкуссия, аускультация), измерение артериального давления, пульса, частоты дыхания, температуры тела; данные лабораторного и инструментального исследования.

Главная роль в обследовании принадлежит расспросу. Насколько умело медицинская сестра\медицинский брат сможет расположить пациента к необходимому разговору, настолько полноценна будет полученная ими информация. Информационные данные должны быть полными, описательными и не должны содержать спорных утверждений. Проводя расспрос, медицинская сестра\медицинский брат использует специфические навыки общения, помогая пациенту осознать те изменения, которые происходят или будут происходить в его образе жизни. В процессе проведения интервью специалисты получают информацию о физических, интеллектуальных, социальных и духовных особенностях пациента. Расспрос дает возможность наблюдать за пациентом, определяя, согласуются ли данные, полученные в процессе наблюдения с теми, которые получены посредством вербального общения.

Например, если пациент утверждает, что не волнуется о предстоящем обследовании, а выглядит озабоченным и раздражительным, то данные противоречивы.

Расспрос включает anamnesis — это совокупность сведений о больном и развитии заболевания, полученных при расспросе самого пациента и знающих его лиц.

Расспрос складывается из пяти частей:

- паспортная часть;
- жалобы пациента;
- anamnesis morbi;

- anamnesis vitae;
- аллергические реакции.

Второй этап сестринского процесса – выявление проблем пациента (сестринская диагностика). Сестринский диагноз (проблема пациента) — это состояние здоровья пациента, установленное в результате проведенного сестринского обследования и требующее вмешательства со стороны сестринского персонала. Это симптомный или синдромный диагноз, во многих случаях основанный на жалобах пациента. Проблема — это затруднение в самостоятельном осуществлении повседневной жизнедеятельности в результате нарушения физического, психологического, душевного и (или социального здоровья человека).

Иными словами:

- потребность удовлетворена - нет проблемы;
- потребность не удовлетворена - проблема есть.

Если человек не в состоянии осуществить самоуход (нарушено мочевыделение, трудности при одевании, умывании и т.д.) ему необходима помощь — это действительная проблема. Источниками возможных проблем человека может быть его заболевание, окружающая среда, лекарственная терапия, медицинские организации, личные обстоятельства. Потребность есть физиологический и (или) психологический дефицит того, что существенно для здоровья и благополучия человека.

В сестринской практике используется классификация потребностей Вирджинии Хендерсон (американская сестра милосердия, одна из основательниц сестринского дела как профессиональной деятельности), которая всё их многообразие свела к 14-ти наиболее важным:

1. Нормально дышать.
2. Употреблять достаточное количество пищи и жидкости.
3. Выделять из организма продукты жизнедеятельности.
4. Двигаться и поддерживать нужное положение.
5. Спать и отдыхать.
6. Самостоятельно одеваться и раздеваться, выбирать одежду.
7. Поддерживать температуру тела в нормальных пределах, подбирая соответствующую одежду и изменяя окружающую среду.
8. Соблюдать личную гигиену, заботиться о внешнем виде.
9. Обеспечить свою безопасность и не создавать опасности для других людей.
10. Поддерживать общение с другими людьми, выражая свои эмоции, мнение.
11. Отправлять религиозные обряды в соответствии со своей верой.
12. Заниматься любимой работой.
13. Отдыхать, принимать участие в развлечениях и играх.
14. Удовлетворять свою любознательность, помогающую нормально развиваться.

Учитывая реалии российского практического здравоохранения, отечественные исследователи С.А. Мухина и И.И. Тарновская предлагают осуществлять сестринскую помощь в рамках 10 фундаментальных потребностей человека:

1. Нормальное дыхание.
2. Адекватное питание и питьё.
3. Физиологические отправления.
4. Движение.
5. Сон.
6. Личная гигиена и смена одежды.
7. Поддержание нормальной температуры тела.
8. Поддержание безопасности окружающей среды.
9. Общение.
10. Труд и отдых.

Вначале работы с пациентом мы выявляем нарушенные потребности, а уже потом формулируем проблемы пациента (сестринский диагноз). Реализация потребности пациента может быть ограничена или нарушена по разным причинам, соответственно и проблемы у пациентов могут быть разные, несмотря на одинаково нарушенные потребности и подход в решении этих проблем будет разным, например, нарушена потребность в нормальном дыхании, причиной этого может быть отек слизистой оболочки носа, обструкция дыхательных путей, или перенесенная пневмония и др. Классифицировать проблемы пациента можно как физиологические, психологические и духовные, социальные.

- Физиологические проблемы, например, недостаточное или избыточное питание, нарушение глотания, кожный зуд, недостаточная гигиена, недержание мочи и т.д.
- Психологические проблемы, например, тревога о своем состоянии, дефицит общения, семейной поддержки и др.
- Духовные проблемы, например, одиночество, чувство вины, потребность в исповеди, святом причастии и др.
- Социальные проблемы, например, социальная изоляция, конфликтная ситуация в семье, финансовые или бытовые проблемы, связанные с выходом на инвалидность и др.

Помимо этой классификации, проблемы пациента делятся на:

- Существующие (настоящие) проблемы — это проблемы, которые беспокоят пациента в настоящий момент. Например: под наблюдением находится пациент, получивший травму позвоночника. Пострадавший находится на строгом постельном режиме. Проблемы пациента, беспокоящие его в настоящее время – боль в области спины, стрессовое состояние, ограничение подвижности, дефицит самоухода и общения.
- Потенциальные проблемы — это проблемы, которые еще не существуют, но могут появиться с течением времени. У нашего пациента потенциальными проблемами могут быть появление пролежней, пневмония, снижение тонуса мышц, нерегулярное опорожнение кишечника (запоры). Поскольку у пациента всегда бывает несколько проблем, сестринский персонал должен определить систему приоритетов, классифицировав их как первичные, вторичные и промежуточные.

Приоритеты — это последовательность первоочередных самых важных проблем пациента, выделяемых для установления очередности сестринских вмешательств, их не должно быть много - не более 2-3-х.

ПОМНИТЕ! Приоритетные проблемы, следует решить в первую очередь. Поскольку у пациента всегда бывает несколько проблем, Вы должны определить систему приоритетов, классифицировав их как первичные, вторичные и промежуточные.

- К первичным приоритетам относят такие проблемы пациента, которые при определенных условиях, например отсутствие лечения или несоответствующего ухода, или несвоевременного оказания помощи, могут оказать пагубное влияние на больного.
- Промежуточные приоритеты — это не экстремальные и неопасные для жизни больного проблемы.
- Вторичные приоритеты — это нарушенные потребности пациента, которые не имеют прямого отношения к болезни или прогнозу.

Например, у больного с травмой позвоночника первичный приоритет – боль в области спины, промежуточный приоритет – ограничение подвижности, вторичный приоритет – чувство беспокойства, страха за свое здоровье.

Правильное определение приоритетов — это один из главных шагов успешной работы с пациентом. Очередность решения проблем должна быть определена самим пациентом, если позволяет его состояние. Критерии выбора приоритетов:

- на первом месте всегда проблемы, связанные с развитием неотложных состояний, например, кровотечение, состояние клинической смерти (отсутствие дыхания, сердцебиения), острая боль в сердце, риск развития легочного кровотечения, гипогликемия, гипергликемия, анафилактический шок и др.;
- в отсутствии неотложных состояний в приоритет выходят наиболее тягостные проблемы для пациента в настоящий момент, то, что больше всего беспокоит, является для человека самым мучительным и главным сейчас. Например, пациент с заболеванием сердца, страдающий приступами загрудинных болей, головными болями, отеками, одышкой, может указать именно на одышку как на свое главное страдание. В этом случае «одышка» будет являться приоритетной проблемой пациента;
- на третьем ранговом месте - проблемы, способные привести к различным осложнениям и ухудшению состоянию пациента. Например, риск развития пролежней, гипотонии и других проблем у неподвижного пациента (иногда приоритетом могут быть и потенциальные проблемы, например: пожилой пациент истощен, страдает недержанием мочи и (или) кала, неподвижен, сознание неясное - потенциальная проблема «высокого риска развития пролежней» становится главной);
- на четвертом месте при необходимости определения приоритета, выделяем проблемы, решение которых приведет к разрешению ряда других проблем. Например, снижение страха перед предстоящей операцией улучшает сон, аппетит и настроение пациента.

Для правильной формулировки сестринского диагноза могут помочь следующие вопросы:

- отражает ли эта проблема дефицит самоухода;
- поддаётся ли эта проблема коррекции или устранению приёмами сестринской помощи;
- является ли выбранная Вами формулировка ясной и конкретной, понятной пациенту;
- может ли выбранная Вами формулировка сестринского диагноза служить базой для планирования сестринской помощи. Из формулировки сестринского диагноза должно вытекать направление сестринского вмешательства. При этом источники проблем пациента могут быть разные, например:
 - заболевание или травма - пациент испытывает сильную боль в области спины после падения; пациент не знает мер профилактики обострения хронического (указать заболевание);
 - лечение - пациент боится операции; пациент не понимает необходимости систематического приема лекарственных средств;
 - окружающая среда, в том числе обстановка медицинской организации - пациент не может спать из-за духоты в палате и неудобной постели;
 - возраст - пациент забывает принимать назначенные врачом препараты;
 - семейные или профессиональные обстоятельства - пациент боится остаться без работы.

Третий этап сестринского процесса - планирование ухода.

Содержание этого этапа - постановка целей и планирование сестринских вмешательств.

Цель — это то, чего хотят добиться пациент и сестринский персонал в результате реализации плана по уходу.

Цели формулируются для каждой приоритетной проблемы. Пациента надо вовлекать в определение целей и планирование ухода.

Цели должны быть ориентированы на пациента и записаны простыми словами, чтобы каждая сестра понимала их однозначно.

Цели предусматривают только положительный результат, например:

- уменьшение или полное отсутствие симптомов, вызывающих страх у пациента или тревогу у сестры;
- улучшение самочувствия;
- расширение возможностей самоухода в рамках фундаментальных потребностей;
- изменение отношения к своему здоровью;
- адаптация к условиям жизни при наличии определенного заболевания или состояния и др.

Различают два вида целей: краткосрочные и долгосрочные.

- Краткосрочные цели должны быть выполнены за короткое время, обычно за 1-2 недели.
- Долгосрочные цели достигаются за более длительный период времени и направлены на предотвращение рецидивов заболеваний, осложнений, их профилактику, реабилитацию и социальную адаптацию, приобретение медицинских знаний, срок их планирования - к моменту выписки (до 30 дней).

Цель, сформулированная правильно, включает 3 компонента:

- действие;
- критерии: дата, время, расстояние;
- условие: с помощью кого/чего-либо.

Требования к постановке целей:

- цели должны соответствовать поставленной проблеме;
- цели должны быть достижимыми;

- цели должны быть сформулированы в пределах сестринской компетенции;
- цели должны быть сосредоточены на пациенте, то есть должны формулироваться «от пациента», отражать то существенное, что получит пациент в результате сестринского вмешательства;
- цели должны быть конкретными, следует избегать расплывчатых общих формулировок («пациент будет чувствовать себя лучше», «у пациента не будет дискомфорта», «пациент будет адаптирован»);
- цели должны иметь конкретные сроки их достижения;
- цели должны быть понятны пациенту, его семье, а также другим медицинским работникам.

После формулировки целей сестринский персонал составляет план индивидуального ухода за пациентом. При составлении плана ухода специалисты могут руководствоваться стандартами сестринской практики.

Четвертый этап сестринского процесса - реализация плана ухода.

Существует три категории сестринского вмешательства:

- независимое,
- зависимое,
- взаимозависимое.

Независимое сестринское вмешательство - предусматривает действия, осуществляемые медицинской сестрой в рамках компетенции сестринского ухода, например, оценка функционального состояния пациента: измерение температуры тела, артериального давления, пульса, частоты дыхательных движений; профилактика пролежней (в соответствии со стандартом); мероприятия по личной гигиене; обучение пациента и родственников пациента навыкам самоухода и ухода, проведения расслабляющего массажа, дыхательной гимнастики; рекомендации пациенту относительно его здоровья по профилактике заболеваний, обострения хронических заболеваний, развития осложнений; организация досуга пациента и т.д.

Зависимое сестринское вмешательство - выполняется на основании письменных назначений врача и под его наблюдением, например, проведение инъекций, выдача лекарственных средств, постановка клизм, катетеризации, подготовка пациента к лабораторным и инструментальным методам исследования и т.д.).

Взаимозависимое сестринское вмешательство - совместная деятельность медицинской сестры с врачом и др. специалистами, например, действия операционной медицинской сестры во время оперативных вмешательств. Помимо этого, есть специальные правила, определяющие поведение сестринского персонала в экстремальной ситуации, например, в отделениях реанимации и процедурных кабинетах предусмотрена инструкция, направленная на оказание помощи для выведения пациента из анафилактического шока; проведение сердечно-легочной реанимации. Наличие таких стандартов и инструкций даёт легальную возможность вмешиваться в процесс лечения в интересах пациента. Виды сестринской деятельности.

Для решения определённой проблемы пациента выбирается вид воздействия (стратегия), направленный на её решение. В их числе: Оказание помощи в деятельности, связанной с ежедневными жизненными потребностями. Такая помощь заключается в обеспечении кормления пациента, одевания, умывания, чистки зубов, подачи судна и т.д. Потребность пациента в помощи может быть временной, постоянной или реабилитирующей.

- Временная помощь рассчитана на короткий период времени, когда существует дефицит самоухода — при вывихах, мелких хирургических вмешательствах и т.д.
- Постоянная помощь требуется больному на протяжении всей жизни - при ампутации конечностей, при осложнённых травмах позвоночника и костей таза и т.д.
- Реабилитирующая помощь — длительный процесс, примером может служить ЛФК, массаж, дыхательная гимнастика, беседа с пациентом.

Система помощи пациенту может быть:

- полностью-компенсирующая, в которой нуждаются три типа пациентов:
 - пациенты, которые не могут выполнить ни каких действий, находясь в бессознательном состоянии;
 - пациенты, находящиеся в сознании, которые не могут или которым не разрешено двигаться;

□ пациенты, которые не в состоянии принимать решения самостоятельно.

Например, пациент в коматозном состоянии нуждается в полностью компенсирующем уходе, продолжительность которого будет зависеть от прогноза заболевания;

- частично-компенсирующая, когда распределение задач зависит от степени ограничения двигательных способностей, а также от готовности пациента усваивать и выполнять определенные действия, например, пациент с двусторонними шинами верхних конечностей нуждается в помощи персонала и родственников до снятия гипса. Степень ограничения самоухода в данном случае частичная, поэтому и уход будет частично компенсирующий, так как пациент в состоянии ходить, сидеть, стоять, перемещаться в постели;

- консультативная (поддерживающая), когда пациент может осуществлять само уход и обучаться соответствующим действиям, но при наличии помощи медсестры (амбулаторное обслуживание), например, переживание по поводу потери близкого человека, гериатрический возраст пациента, известие о наличии неизлечимого заболевания могут быть причиной «потери вкуса к жизни», развития депрессивного состояния. Пациенты, которые потеряли стимул к уходу за своей внешностью, нуждаются только в консультативной помощи.

1. Советы (рекомендации). Совет — это эмоциональная, интеллектуальная и психологическая поддержка. Сестринскому персоналу необходимо владеть техникой профессионального общения, азами педагогики и андрагогики (наука обучения взрослых людей), чтобы к совету прислушивались. Только тогда совет помогает рассмотреть альтернативы, избавиться от стрессов, смириться с необходимостью приспособляться к непривычному образу жизни, например, бросить курить, похудеть, заняться определённым видом спорта и др.

2. Обучение. Совет очень близко связан с обучением. Однако человек, дающий совет, надеется на изменения в отношениях и эмоциональной сфере, а после проведения обучения рассчитывает на приобретение новых знаний и психомоторных навыков. Сестринский персонал несёт ответственность за выявление необходимости в обучении, а также качество и результативность образования пациентов.

3. Создание условий для скорейшего достижения целей лечения. Благоприятная обстановка, внутренний климат самого лечебного учреждения, окружение оказывают влияние на состояние пациентов, течение и прогноз заболевания. При поступлении в больницу необходимо адаптировать пациента к условиям больничной среды: познакомить пациента со спецификой отделения, медицинским персоналом, представить его соседям по палате, ознакомить с распорядком дня, столовой, санитарными комнатами, служебными помещениями. Следует создать условия для уединения пациента, что необходимо при проведении гигиенических мероприятий, разговоре с родственниками, друзьями или персоналом. Если пациент получает уход на дому, необходимо найти время и рассказать ему о целях патронажа и возможных результатах таких визитов на дом.

4. Упреждающий уход. Сестринский персонал должен чётко представлять потенциальные проблемы пациентов, связанные с заболеванием или пребыванием в лечебно-профилактическом учреждении, например, для пациентов с нарушением подвижности такой проблемой являются пролежни и т.д., побочные реакции могут возникать в ответ на проведённые сестринские вмешательства. Необходимо предвидеть развитие осложнений и вовремя скорректировать свои действия либо прервать манипуляцию. Так, в случае выраженной аллергической реакции, медсестра вправе прекратить капельное вливание ещё до прихода врача. Следует знать особенности проведения различных диагностических процедур, их возможные последствия, например, побочным действием бариевой клизмы при проведении ирригоскопии является задержка стула. Необходимо проследить за пациентом после такого исследования, дать ему рекомендации относительно питьевого режима, после беседы с врачом в случае необходимости дать слабительное, выяснить и отметить, когда был стул.

5. Профилактические мероприятия. Профилактика - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и укрепление здоровья, предотвращение заболеваний. Профилактические мероприятия гораздо шире и разнообразнее, чем просто выполнение определённых действий по уходу. Они направлены на пропаганду здорового образа жизни и ответственного отношения людей к своему здоровью; выявление и устранение факторов риска различных заболеваний; раннюю диагностику и своевременное лечение; предупреждение осложнений, в том числе ятрогенного характера; усиление реабилитационных возможностей пациентов и оказание помощи инвалидам. Примеры таких действий: участие сестры в профилактических осмотрах, иммунизации населения, обучение пациентов, страдающих артериальной гипертензией, измерять артериальное давление и вести дневник наблюдений, а пациентов, страдающих сахарным диабетом, самостоятельно определять уровень сахара и многое другое.

6. Выполнение процедур и манипуляций по уходу. Сестринский персонал должен в совершенстве владеть техникой проведения сестринских манипуляций.

7. Выполнение мероприятий по оказанию неотложной доврачебной помощи. Для оказания такой помощи следует уметь распознать неотложное состояние, в совершенстве владеть техникой реанимационных мероприятий, знать лекарственные препараты, которые применяют в экстремальных ситуациях, способы их введения, чётко и слаженно

работать с членами бригады.

8. Наблюдение и оценка действий всех членов бригады участвующих в уходе. Весь комплекс мероприятий по уходу обычно выполняется несколькими людьми. Это медицинские сёстры (постовые, процедурные, перевязочные), диетсестра, инструктор ЛФК, младшая медицинская сестра, родственники и др. Распределяя уход, необходимо быть уверенным, что он будет выполнен в соответствии с необходимыми требованиями или стандартами сестринской практики.

Пятый этап сестринского процесса - оценка.

Сама по себе оценка — это написанное сестринским персоналом заключение о реакции пациента на сестринский уход (объективная оценка) и мнение пациента о достижении цели (субъективная оценка). Эти оценки могут не совпадать, тогда предпочтение должно быть отдано оценке самого пациента.

Оценка осуществляется сестрой непрерывно, с определённой периодичностью, которая зависит от состояния пациента и характера проблемы. Например, оценка в отношении одного пациента будет производиться вначале и в конце смены, а в отношении другого - каждый час. Если поставленная цель достигнута, дается четкая запись в плане ухода: «Цель достигнута».

В том случае, если цель не достигнута или достигнута не полностью, в графу «Итоговая оценка» записывается как словесная реакция пациента, так и оценка сестрой поведенческой реакции пациента. Источниками и критериями оценки сестринского ухода служат следующие факторы:

- оценка степени достижения поставленных целей сестринского ухода;
- оценка ответной реакции пациента на сестринские вмешательства, на медперсонал, лечение, удовлетворенности фактом пребывания в стационаре, пожеланий;
- оценка эффективности влияния сестринской помощи на состояние пациента; активный поиск и оценка новых проблем пациента. Например, при обезбоживании в качестве оценочного критерия может выступать водный баланс, а при выяснении уровня боли соответствующие цифровые шкалы.

При необходимости план сестринских мероприятий пересматривается, прерывается или изменяется. Когда намеченные цели не достигаются, то оценка дает возможность увидеть факторы, мешающие их достижению. Если конечный результат сестринского процесса приводит в неудаче, то сестринский процесс повторяется последовательно для нахождения ошибки и изменения плана сестринских вмешательств.

Основания для изменения плана:

- цель достигнута, и проблема снята;
- цель не достигнута;
- цель достигнута не полностью;
- возникла новая проблема и (или) прежняя проблема перестала быть столь актуальной в связи с возникновением новой проблемы.

Новое состояние пациента может быть:

- лучше прежнего состояния;
- без изменений;
- хуже прежнего состояния.

Если цели не достигнуты медицинской сестре\медицинскому брату необходимо:

- выявить причину допущенных ошибок;

- пересмотреть цель;
- пересмотреть сроки достижения цели;
- ввести необходимые коррективы в план сестринских вмешательств.

Документирование сестринского процесса.

Правильное ведение соответствующей медицинской документации вменяется в обязанности медицинской сестры и обеспечивает адекватное осуществление лечения больных, контроль за динамикой лечебно-диагностического процесса (в том числе за состоянием пациента) и использованием материально-технических средств, учёт выполняемой медицинским персоналом работы.

Шаблон комплексного плана сестринского ухода.

1. Соблюдение режима эмоциональной безопасности, в том числе создание атмосферы оптимизма, организация досуга пациента, обеспечение психологической поддержки (возможно с привлечением специалиста).

2. Обеспечение и контроль режима рациональной двигательной активности: обеспечение и контроль режима двигательной активности пациента по назначению врача; соблюдение принципов эргономики и правил биомеханики для безопасного передвижения, перемещения пациента;

3. Соблюдение правил внутрибольничного распорядка и выполнения манипуляций.

3.1. Контроль общего состояния пациента (состояние сознания, положения в кровати, измерение температуры, АД, подсчет пульса, частоты дыхания).

3.2. Выполнение назначений врача, в том числе адекватное обезболивание и устранение наиболее тягостных для пациента симптомов болезни, по назначению врача. Обеспечение консультаций других специалистов (по необходимости, по решению лечащего врача).

3.3. Контроль физиологических отпавлений (стул, мочеиспускание).

3.4. Контроль за соблюдением пациентами лечебного питания, контроль продуктовых передач, в том числе кормление тяжелобольного.

3.5. Подготовка пациента к лабораторным и инструментальным методам исследования.

3.6. Проведение реабилитационных мероприятий (лечебной физкультуры, массажа и др.).

3.7. Проведение обучающих занятий с пациентом и/или родственниками пациента.

3.8. Рекомендации по диспансерному наблюдению у участкового после выписки из стационара.

4. Осуществление мероприятий по профилактике пролежней, опрелостей (при риске развития):

Рекомендуемый план ухода при риске развития пролежней (у неподвижного пациента).

Ежедневно 1 раз - проведение текущей оценки риска развития пролежней не менее 1 раза в день (утром) по шкале Ватерлоу или иной шкале (укажите название шкалы).

Ежедневно каждые 2 ч, в ночное время по потребности с учетом риска развития пролежней изменение положения пациента каждые 2 ч (выбор положения и их чередование могут изменяться в зависимости от заболевания и состояния пациента): 8-10 ч - положение Фаулера; 10-12 ч - положение "на левом боку" (положение 30°); 12-14 ч - положение "на правом боку" (положение 30°); 14-16 ч - положение Фаулера; 16-18 ч - положение Симса; 18-20 ч - положение Фаулера; 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.

Ежедневно по потребности - обмывание загрязненных участков кожи.

Проверка состояния постели при перемене положения (каждые 2 ч).

Однократно в рамках Школы ухода за пациентом и по потребности - обучение лиц, ухаживающих за пациентом технике правильного перемещения (приподнимая над кроватью).

Ежедневно 4 раза - определение количества съеденной пищи (количество белка не менее 120 г).

В течение дня - обеспечение употребления не менее 1,5 л жидкости в сутки: с 9 -13 - 700 мл; с 13 -18 - 500 мл; с 18 -22 - 300 мл.

В течение дня - использование противопролежневой подушки (прокладки) в зоне участков риска, исключаящих давление на кожу.

В течение дня, 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 салфетки. 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.

В течение дня, при усилении болей - консультация врача.

Однократно, в рамках Школы ухода за пациентом и по потребности - обучение пациента и поощрение его изменять положение в постели (точки давления) с помощью перекладин, поручней и других приспособлений.

Ежедневно 3 раза - массаж кожи около участков риска.

В течение дня, не менее 2 раз - обучение пациента дыхательным упражнениям и поощрение его выполнять их.

В течение дня - наблюдение за влажностью кожи и поддержание умеренной влажности.

Однократно при поступлении и после оценки риска развития пролежней - обеспечить противопролежневый матрасом с первого дня пребывания в стационаре.

Рекомендуемый план ухода при риске развития пролежней (у пациента, который может сидеть).

Ежедневно 1 раз - проводить текущую оценку риска развития пролежней не менее 1 раза в день (утром) по шкале Ватерлоу.

Ежедневно каждые 2 ч, в ночное время по потребности с учетом риска развития пролежней - изменять положение пациента каждые 2 ч (выбор положения и их чередование могут изменяться в зависимости от заболевания и состояния пациента.): 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 по потребности - обмывание загрязненных участков кожи.

Ежедневно каждые 2 ч, в ночное время по потребности с учетом риска развития пролежней - проверка состояния постели при перемене положения (каждые 2 ч).

Однократно в рамках Школы ухода за пациентом и по потребности - обучение родственников пациента технике правильного перемещения (приподнимая над кроватью).

Однократно в рамках Школы ухода за пациентом и по потребности - обучение пациента самостоятельному перемещению в кровати с помощью устройства для приподнимания.

Однократно в рамках Школы ухода за пациентом и по потребности - обучение пациента технике безопасного самостоятельного перемещения с кровати в кресло с помощью других средств.

Ежедневно 4 раза - определение количества съеденной пищи (количество белка не менее 120 г).

В течение дня обеспечить употребление не менее 1,5 л жидкости в сутки: с 9 -13 - 700 мл; с 13 -18 - 500 мл; с 18 -22 - 300 мл. В течение дня использовать противопролежневые подушки (прокладки), исключая давление на кожу под участки риска, в т.ч. в положении пациента "сидя" (под стопы). В течение дня, 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 салфетки.

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.

В течение дня, при усилении болей - консультация врача.

Однократно, в рамках Школы ухода за пациентом и по потребности - обучение пациента и поощрение его изменять положение в постели (точки давления) с помощью перекладин, поручней и других приспособлений.

Ежедневно 3 раза - массаж кожи около участков риска развития пролежней.

Однократно, при поступлении и после оценки риска развития пролежней - обеспечить противопролежневый матрасом и подушкой для кресла-коляски с первого дня пребывания в стационаре.

Мероприятия по соблюдению санитарно-противоэпидемического режима:

Влажная уборка палаты (не менее 2-х раз в день).

Генеральная уборка палаты (терапевтического профиля -1 раз в 30 дней; хирургического профиля -1 раз в неделю).

Дезинфекция воздуха в палате (по эпид. показаниям; по графику, в соответствии с площадью помещения);

Проветривание палаты каждые 2 часа по 15 минут (по погодным условиям, исключая сквозняки).

Дезинфекция предметов ухода за пациентом после использования.

Создание комфортных и безопасных условий пребывания в палате.

Соблюдение санитарно-гигиенического режима: осуществление мероприятий по личной гигиене тяжелобольного: умывание лица (ежедневно); уход за глазами (ежедневно); уход за ротовой полостью (после каждого приема пищи); уход за носом (ежедневно); очищение наружного слухового прохода (1 раз в 3-4 дня); бритье лица (не менее 1 раза в неделю); мытье головы (не менее 1 раза в неделю); расчесывание волос (ежедневно); мытье кистей, стоп с распариванием и стрижкой ногтей (не менее 1 раза в неделю); уход за наружными половыми органами и промежностью (не менее 1-2 раз в день и после каждой дефекации, при наличии у женщины менструации - чаще со сменой гигиенической прокладки) смена нательного и постельного белья - 1 раз в три дня и по мере загрязнения. обтирание кожи больного - ежедневно, не менее 1-2-х раз в день; принятие душа, ванны, по показаниям (не менее 1 раза в неделю); стрижка волос (приглашенным специалистом), с разрешения пациента (в случае недееспособности пациента, с согласия родственников) - 1 раз в месяц.

8. Вопросы по теме занятия

1. Дайте определение понятию «Сестринский процесс».

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

2. Перечислите потребности пациента по классификации С.А. Мухиной и И.И. Тарновской.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

3. Охарактеризуйте первый этап сестринского процесса - сестринское обследование. Назовите источники субъективной информации о пациенте.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

4. Охарактеризуйте общее состояние больного.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

5. Перечислите виды положений пациента в постели.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

6. Охарактеризуйте состояние сознания больного.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

7. Назовите основные антропометрические данные пациента.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

8. Охарактеризуйте второй этап сестринского процесса - сестринская диагностика. Расскажите о классификации сестринских проблем.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

9. Поясните различие врачебного и сестринского диагнозов.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

10. Охарактеризуйте схему анализа данных, полученных при проведении сестринского обследования.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

11. Приведите примеры возможных проблем пациента.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

12. Назовите критерии выбора порядка значимости проблем пациента.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

13. Расскажите о содержании третьего этапа сестринского процесса.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

14. Перечислите основные компоненты цели. Перечислите требования к постановке целей.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

15. Расскажите, как правильно составить план сестринских вмешательств.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

16. Расскажите о содержании четвертого этапа сестринского процесса. Перечислите и охарактеризуйте категории сестринских вмешательств.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

17. Расскажите о содержании пятого этапа сестринского процесса. Перечислите источники и критерии оценки сестринского ухода.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. АВТОР ПЕРВОГО НАУЧНОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА:

- 1) Флоренс Найтингейл;
- 2) Вирджиния Хендерсон;
- 3) Светлана Мухина.;
- 4) Екатерина Бакунина;
- 5) Дарья Севастопольская;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

2. АВТОНОМНЫЕ ДЕЙСТВИЯ МЕДСЕСТРЫ:

- 1) взаимозависимые сестринские вмешательства;
- 2) независимые сестринские вмешательства;
- 3) зависимые сестринские вмешательства;
- 4) таких действий сестринский персонал не выполняет;
- 5) действия сестринского персонала совместно с врачом;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

3. АНТРОПОМЕТРИЯ ВКЛЮЧАЕТ ИЗМЕРЕНИЕ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПАРАМЕТРОВ, КРОМЕ:

- 1) роста;
- 2) веса;
- 3) силы мышц кисти;
- 4) окружности грудной клетки;
- 5) окружности головы;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

4. В 1854 ГОДУ Н.И. ПИРОГОВ ОРГАНИЗОВАЛ В ПЕТЕРБУРГЕ СЕСТРИНСКУЮ ОБЩИНУ:

- 1) Никольскую;
- 2) Свято — Троицкую;
- 3) Крестовоздвиженскую;
- 4) Утоли мои печали;
- 5) Святые Елизаветинки;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

5. В РОССИИ РАСПРОСТРАНЕНА МОДЕЛЬ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА:

- 1) Доротеи Орем;
- 2) адаптационная;
- 3) Флоренс Найтингейл;
- 4) традиционная (медико- биологическая);
- 5) Вирджинии Хендерсон;

Правильный ответ: 5

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

6. В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ПАЦИЕНТ НЕ В СОСТОЯНИИ СООБЩИТЬ ВСЮ ИНФОРМАЦИЮ О СЕБЕ, ЕЁ МОЖНО ПОЛУЧИТЬ ОТ:

- 1) сопровождающих его лиц;
- 2) медперсонала СМП;
- 3) из медицинской литературы;
- 4) из медицинской документации;
- 5) всё перечисленное, верно;

Правильный ответ: 5

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

7. ВАЖНЕЙШАЯ ЗАДАЧА СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА:

- 1) назначить лечение;
- 2) определить прогноз заболевания;
- 3) установить диагноз заболевания;
- 4) уточнить причины заболевания;
- 5) осуществить профессиональный уход с учетом потребностей пациента;

Правильный ответ: 5

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

8. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ. ПАЦИЕНТ – ЭТО:

- 1) обратившийся за медицинской помощью в стационар;
- 2) находящийся под медицинским наблюдением;
- 3) обратившийся за медицинской помощью в амбулаторно-поликлиническую службу;
- 4) обратившийся в скорую неотложную помощь;
- 5) все перечисленное верно;

Правильный ответ: 5

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

9. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ. СЕСТРИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО, ВЫПОЛНЯЕМОЕ ПО НАЗНАЧЕНИЮ ВРАЧА, ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) независимым;
- 2) зависимым;
- 3) взаимозависимым;
- 4) экстренным;
- 5) вынужденным;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

10. ДЕЙСТВИЕ МЕДСЕСТРЫ, СПОСОБНОЕ РАЗРЕШИТЬ ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА БЕЗ КОНСУЛЬТАЦИИ И СОТРУДНИЧЕСТВА С ВРАЧОМ:

- 1) нет верного ответа;
- 2) независимое сестринское вмешательство;
- 3) зависимое сестринское вмешательство;
- 4) взаимозависимое сестринское вмешательство;
- 5) любое сестринское вмешательство;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

11. ИНФОРМАЦИЯ, КОТОРУЮ ПАЦИЕНТ ИМЕЕТ ПРАВО ПОЛУЧИТЬ В ДОСТУПНОЙ ДЛЯ НЕГО ФОРМЕ:

- 1) результаты обследования;
- 2) наличие заболевания, диагноз;
- 3) методы лечения и связанный с ними риск;
- 4) прогноз заболевания;
- 5) все перечисленное;

Правильный ответ: 5

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

12. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА НЕТ СТУЛА 48 Ч., ЭТО ПРОБЛЕМА:

- 1) потенциальная;
- 2) второстепенная;
- 3) психологическая;
- 4) настоящая;
- 5) краткосрочная;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

13. НА КАКОМ ПРИНЦИПЕ СТРОИТСЯ УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ:

- 1) медицинской этики;
- 2) лечебно — охранительного режима;
- 3) внутреннего трудового распорядка ЛПУ;
- 4) медицинской психологии;
- 5) медицинской деонтологии;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

14. ОСНОВНЫМИ ПОНЯТИЯМИ ФИЛОСОФИИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА, СОГЛАСНО МЕЖДУНАРОДНОЙ ДОГОВОРЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЁ, КРОМЕ:

- 1) пациент;
- 2) сестринское дело;
- 3) здоровье;
- 4) диагностика и лечение;
- 5) окружающая среда;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

15. ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) все ответы верны;
- 2) участие пациента (членов семьи) в определении целей, планировании и реализации ухода, оценке его эффективности;
- 3) оценка эффективности ухода лечащим врачом;
- 4) согласование всех действий медсестры с врачом;
- 5) удовлетворение всех нарушенных потребностей пациента;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Ребенку 3 месяца. В положении на спине лежит с разогнутыми во всех суставах конечностями (поза лягушки). Объем пассивных движений резко увеличен. При тракции за руки голова запрокинута назад и не подтягивается. В положении на животе голову не удерживает, на руки не опирается. Эмоционально-психическое развитие: фиксирует взор на предмете, улыбается, реагирует на звуки. Направлен на массаж с диагнозом: перинатальная энцефалопатия.

Вопрос 1: Определите проблемы пациента;

Вопрос 2: Поставьте сестринский диагноз;

Вопрос 3: Определите цели Вашей работы;

Вопрос 4: Составьте план массажа;

- 1) Проблемы: настоящие - общая гипотония мышц, дефицит двигательной активности, отставание в психомоторном развитии; потенциальные - нарушение координации движений, развитие атактической формы ДЦП. Приоритетной проблемой является общая гипотония мышц;
- 2) Мышечная гипотония и задержка темпа психомоторного развития;
- 3) Цели массажа: краткосрочные: - нормализация тонус мышц. Выработка нормальной реакции выпрямления и равновесия. Способствование нормальному психомоторному развитию. Долгосрочные: ликвидация отставания в психомоторном развитии;
- 4) При гипотонии широко применяют классический массаж в сочетании с точечным. Для повышения тонуса мышц спины, ягодиц, живота постепенно вводят глубокое поглаживание, щипцеобразное разминание, пиление, попеременное растирание, валик, «сороконожку». Возможно легчайшее рубление и поколачивание подушечками пальцев. В области живота комбинированное поглаживание вдоль прямых, косых мышц, круговое поглаживание, спиралевидно растирание - 3,4 пальцами по ходу толстого кишечника, легкое и быстрое пощипывание. Схема массажа стандартна. Упражнения подбираются в соответствии с возрастом и возможностями ребенка. 1. ЧАСТОЕ ВЫКЛАДЫВАНИЕ НА ЖИВОТ, под грудь подкладывать валик - для реакции выпрямления. 2. ПОВОРОТЫ НА БОК С РЕФЛЕКТОРНЫМ РАЗГИБАНИЕМ ПОЗВОНОЧНИКА. 3. РЕФЛЕКТОРНЫЕ ПОЛЗАНИЕ - для активной деятельности всех мышц тела и гладкой мускулатуры внутренних органов. 4. «Парение» на спине и животе - для стимуляции подъема головы. 5. ВЫКЛАДЫВАНИЕ НА МЯЧ С ТОЧЕЧНЫМ МАССАЖЕМ ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНО - для стимуляции подъема головы, плечевого пояса, формирования лордоза, опоры рук. IV. При сохранении отставания в психомоторном развитии после 1 года может сформироваться атактическая форма ДЦП - расстройства координации движений и равновесия, что потребует ограничений в выборе профессии;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-10, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

2. Ребенку 3 недели. Родился в ягодичном предлежании. При осмотре правая ручка разогнута во всех суставах,

ротирована внутрь, кисть согнута. Сухожильные рефлексы не вызываются. Движения сохранены только в кисти и пальцах. Поставлен диагноз: акушерский паралич Эрба-Дюшена (верхний).

Вопрос 1: Определите проблемы пациента;

Вопрос 2: Поставьте сестринский диагноз;

Вопрос 3: Определите цели Вашей работы;

Вопрос 4: Составьте план массажа;

1) Проблемы: настоящие – отсутствие движений и сухожильных рефлексов в проксимальных отделах правой руки; потенциальные – развитие атрофии пораженных мышц, образование контрактур и деформации руки, инвалидность;

2) Сестринский диагноз: дефицит движений в правой руке;

3) Цели массажа: 1. ПРЕДУПРЕДИТЬ АТРОФИЮ ПОРАЖЕННЫХ МЫШЦ. 2. ПРЕДУПРЕДИТЬ ОБРАЗОВАНИЕ КОНТРАКТУР. 3. СТИМУЛИРОВАТЬ ТРОФИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ.;

4) В первом периоде сразу после установления диагноза у новорожденного необходимо обеспечить укладку ручки в положении голосующего с помощью шины. Снимать ее можно только после восстановления активных движений ручки. (обычно это в 2 месяца). К массажу можно приступить после окончания острого периода травмы, не ранее чем через 2 недели. В плане массажа: 1. МАССАЖ ПОРАЖЕННОЙ РУЧКИ, состоящий только из поглаживания и легкого спиралевидного растирания 2. МАССАЖ ЗДОРОВОЙ РУЧКИ - поглаживание, спиралевидное растирание и для стимуляции импульсов на больной стороне ввести шипцеобразное разминание на плече здоровой руки. 3. МАССАЖ ОСТАЛЬНЫХ ЧАСТЕЙ ТЕЛА СООТВЕТСТВУЮЩИЙ ВОЗРАСТУ РЕБЕНКА. Во втором периоде, начиная с 2-х месяцев при благополучном течении появляются активные движения в пораженной ручке. Кроме задач первого периода, ведущей является развитие и тренировка активных движений.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-10, ПК-1.3, ПК-1.2, ПК-1.1, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

3. Ребенку 3 месяца. Направлен на массажа с диагнозом: гипотрофия I степени, пупочная грыжа. Ребенок беспокоен, аппетит плохой.

Вопрос 1: Определите проблемы пациента;

Вопрос 2: Поставьте сестринский диагноз;

Вопрос 3: Определите цели Вашей работы;

Вопрос 4: Составьте план Ваших действий;

1) Проблемы настоящие: нарушение питания, дефицит массы тела, ослабление мышечного тонуса передней брюшной стенки, неполное замыкание пупочного кольца. Проблемы потенциальные: увеличение степени гипотрофии, развитие осложнений (задержка психофизического развития, вторичное иммунодефицитное состояние);

2) Сестринский диагноз: отставание в весе, снижение тонуса мышц живота, грыжевое выпячивание в области пупка;

3) Цели массажа: краткосрочные: ОБЩЕЕ УКРЕПЛЕНИЕ ОРГАНИЗМА РЕБЕНКА. НОРМАЛИЗАЦИЯ НЕРВНО - рефлекторной возбудимости пищевого центра. УКРЕПЛЕНИЕ «мышечного корсета» позвоночника. Долгосрочные: ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ;

4) Провоцируют появление грыжи: длительный плач, сопровождаемый повышением внутрибрюшного давления, частые болезни. Пупочная грыжа чаще у ослабленных грудных детей со слабым подкожно - жировым слоем, слабой мускулатурой, тонусом, поэтому: одно лишь воздействие на пупочное кольцо и мышцы живота результата не дадут. Таким детям применяют ОБЩИЙ МАССАЖ, методика которого постепенно приближается к таковой у здоровых детей по мере улучшения состояния ребенка. При этом учитываются особенности соответствующего возрастного периода. В первую очередь применяют приемы поглаживания. Массаж живота проводится на фоне общего массажа. Начинать с 2 - 3 недельного возраста при хорошем настроении ребенка!! (после заживления пупочной ранки) Перед массажем вправить грыжу, если не удастся, то «утопить» ее пальцами или тенаром одной руки, а другой делать массаж. 1. КРУГОВОЕ ПОГЛАЖИВАНИЕ ЖИВОТА ПО ЧАСОВОЙ СТРЕЛКЕ. 2. ПОГЛАЖИВАНИЕ ВСТРЕЧНОЕ ТИ (не задеть печень) 3. ПОГЛАЖИВАНИЕ КОСЫХ МЫШЦ - ЛАДОНИ С ЗАДНЕБОКОВЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ НАПРАВЛЯЮТСЯ НАВСТРЕЧУ СВЕРХУ ВНИЗ, смыкаются над пупком, который при этом «прячется» в кожную складку. (быстро и отрывисто надавить на точки вокруг пупка —> напряжение мышц и вправление грыжи) 4. ТОЧЕЧНЫЙ МАССАЖ (стимулирующий метод) прямых и косых мышц (м.б. «пощипывание» вокруг пупка) Продолжительность общего массажа не должна превышать 15 -20 мин + лечение положением. Лечение положением: перед каждым кормлением выкладывать на живот на 1 - 3 мин. (это укрепит все мышцы, облегчит отхождение газов и т.д.) В начале курса лечения массажные процедуры проводят через день, а когда ребенок адаптируется и окрепнет - ежедневно.

Продолжительность курса - 15 - 20 процедур. Если имеется необходимость, повторный курс назначают через 3 - 4 недели после окончания 1-го курса;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-10, ПК-1.1, ПК-1.3, ПК-1.2, ПК-2.3, ПК-2.1, ПК-2.2

4. Ребенку 5 месяцев. Избыточного питания. выражена гипотония мышц. Грудная клетка сдавлена с боков, податливая. Большой "лягушачий" живот, печень увеличена, пупочное кольцо расширено. Стул с запорами. края большого родничка податливы. Ребенок часто беспокоен, плохо спит. Направлен на массаж с диагнозом: Рахит,

период разгара.

Вопрос 1: Определите проблемы пациента;

Вопрос 2: Поставьте сестринский диагноз;

Вопрос 3: Определите цели Вашей работы;

Вопрос 4: Составьте план Ваших действий;

1) Проблемы настоящие: размягчение костей, разболтанность суставов, выраженная гипотония мышц, нарушение сна и бодрствования. Проблемы потенциальные: деформация опорно-двигательного аппарата, патология органов дыхания, кровообращения, пищеварения;

2) Сестринский диагноз: повышенная возбудимость, гипотония мышц, размягчение костей;

3) Цели: Краткосрочные: НОРМАЛИЗАЦИЯ ОСНОВНЫХ НЕРВНЫХ ПРОЦЕССОВ; ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОТСТАВАНИЯ В ПСИХОМОТОРНОМ РАЗВИТИИ. Долгосрочные: ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ВОЗМОЖНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ОПОРНО-двигательного аппарата; - ВОССТАНОВЛЕНИЕ НАРУШЕННЫХ ФУНКЦИЙ ДЫХАНИЯ, кровообращения и пищеварения;

4) 1. ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ДЕФОРМАЦИИ ЧЕРЕПА И СКЕЛЕТА ИЗБЕГАТЬ ДЛИТЕЛЬНОГО НАХОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА В ОДНООБРАЗНОЙ ПОЗЕ В КРОВАТКЕ ИЛИ НА РУКАХ ВЗРОСЛОГО, обязательна частая смена положения. 2. СТАТИЧЕСКАЯ НАГРУЗКА НА ПОЗВОНОЧНИК И НА НОГИ (сидение, стояние) категорически исключается. 3. КРОВАТКА РЕБЕНКА ДОЛЖНА БЫТЬ ПЛОСКОЙ И УМЕРЕННО ЖЕСТКОЙ, не дающей возможности прогибанию и деформации скелета. 4. ПРИ ОБЩЕНИИ С РЕБЕНКОМ ПОМНИТЬ О СЛАБОЙ ФИКСАЦИИ ЕГО СУСТАВОВ (разболтанности), о возможных вывихах в лучезапястном, локтевом и плечевом суставах. Выполнение пассивных упражнений проводить с осторожностью. 5. При массаже живота помнить об увеличенной печени (обходить правое подреберье). Обратит внимание на пупочное кольцо (возможны проявления пупочной грыжи). 6. Длительность массажа и гимнастики не более 10-12 мин. 7. Массаж поверхностный, в замедленном темпе, в плане массажа преобладают приемы поглаживания и легкого растирания, исключаются приемы прерывистой вибрации (повышенная возбудимость ребенка). План массажа: 1. ПОГЛАЖИВАНИЕ И ЛЕГКОЕ СПИРАЛЕВИДНОЕ РАСТИРАНИЕ РУК 2. ПАССИВНЫЕ УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ РУК 3. ПОГЛАЖИВАНИЕ И ЛЕГКОЕ СПИРАЛЕВИДНОЕ РАСТИРАНИЕ НОГ 4. ПАССИВНЫЕ УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ НОГ 5. МАССАЖ ЖИВОТА 6. МАССАЖ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В ИСХОДНОМ ПОЛОЖЕНИИ НА БОКУ 7. МАССАЖ СПИНЫ И ЯГОДИЦ В ИСХОДНОМ ПОЛОЖЕНИИ НА ЖИВОТЕ 8. СГИБАНИЕ ПОЗВОНОЧНИКА И НОГ (парение на спине) 9. ПОГЛАЖИВАНИЕ И РАСТИРАНИЕ СТОП.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-10, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.3, ПК-2.2, ПК-2.1

5. На массаж направлен ребенок в возрасте 1 год 8 месяцев с остаточными явлениями рахита в виде X-вальгусного искривления ног.

Вопрос 1: Определите проблемы пациента;

Вопрос 2: Поставьте сестринский диагноз;

Вопрос 3: Определите цели Вашей работы;

Вопрос 4: Составьте план Ваших вмешательств;

1) Проблемы пациента: настоящие: расстройство костеобразования, гипотония мышц, задержка моторного развития, нерациональный режим. Потенциальные: задержка психомоторного, физического развития, развития невротических реакций, деформация костной ткани, развитие плоскостопия, косметический дефект, инвалидность;

2) Сестринский диагноз: задержка моторного развития, нерациональный режим;

3) Цели: Краткосрочные: НОРМАЛИЗАЦИЯ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ; ЛИКВИДАЦИЯ ОТСТАВАНИЯ В РАЗВИТИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАВЫКОВ. Долгосрочные: уменьшение (ликвидация) деформаций опорно-двигательного аппарата и функциональной неполноценности других органов и систем;

4) Уменьшение (ликвидация) деформаций опорно-двигательного аппарата и функциональной неполноценности других органов и систем. Стабильность и нормальное функционирование коленного и голеностопных суставов зависит от состояния окружающих мышц. С помощью массажа и специально подобранных упражнений укрепляются ослабленные и растянутые мышцы, расслабляются излишне напряженные. При X-образном искривлении ног отмечается неравномерное развитие концов бедренных костей; внутренняя их часть вытянута в объеме, а наружные мышечки уменьшены в размерах. Медиальная головка икроножной мышцы растянута и ослаблена. X-образное искривление ног устранить гораздо сложнее. Кроме тонизирующего массажа медиальной порции икроножной мышцы необходим массаж коленных суставов для укрепления связочного аппарата, а также расслабляющий массаж медиальной и задней групп мышц бедра и тонизирующий передней группы мышц бедра. X-образное искривление всегда сочетается с плоскостопием, следовательно необходимо соответствовать методике массажа при плоскостопии. Массаж проводится курсами по 12-20 процедур, ежедневно или через день, с перерывами между курсами 2-4 недели. Интенсивность массажа постепенно увеличивается к середине курса. Необходимо избегать резких, болезненных движений, у ребенка должно оставаться приятное ощущение после массажа. Время процедуры - не более 15 минут. Учитывая быструю истощаемость нервной системы ребенка массаж спины, ягодиц, живота проводят ежедневно, а массаж конечностей и грудной клетки чередуют по дням. Исходное положение (и.п.) - ребенок лежит на животе, под голеностопный сустав кладется небольшой валик. Массаж спины: поглаживание, растирание (кончиками пальцев, «пиление», гребнеобразное), разминание, снова поглаживание. Не забывайте, поглаживание

проводится несколько раз на каждой массируемой области, после каждого приема. Поглаживание всего тела – в начале и конце сеанса;

5) Пояснично-крестцовая область: поглаживание, интенсивное растирание, разминание по типу надавливания или сдвигания, поглаживание в направлении от позвоночника в стороны и немного вниз. Ягодичная область: поглаживание в круговом или Х-образном направлении, интенсивное растирание (тыльной поверхностью согнутых пальцев), разминание двумя или одной рукой, тонизирующие ударные приемы (поколачивание, похлопывание, рубление), поглаживание. Задняя поверхность бедра: Поглаживание в направлении от подколенной ямки вверх и наружу, интенсивное растирание, разминание одной или двумя руками, легкие ударные приемы (похлопывание, рубление одним – двумя пальцами), поглаживание (все тонизирующие приемы). Задняя поверхность голени: общее поглаживание от пятки вверх до подколенной ямки, растирание дифференцированное – наружная часть голени (наружная головка икроножной мышцы) растирается мягко, внутренняя поверхность (внутренняя головка) – более интенсивно. Разминание одной или двумя руками по всей мышечной группе. По внутренней поверхности – легкие ударные приемы. По наружной – вибрация, растягивание. В конце – обязательное поглаживание – дифференцированно. Область коленного сустава – коррекция: поглаживание боковых поверхностей сустава, их растирание, надавливание на внутреннюю поверхность (внутренний мыщелок бедра). При надавливании на внутренний мыщелок бедра одной рукой, другой – удерживайте голень нижней трети и старайтесь привести ее к средней линии. Ахиллово сухожилие: поглаживание и растирание (щипцеобразное). И.п. – ребенок лежит на спине, под коленями – валик. Передняя поверхность бедра: поглаживание, мягкое, но тщательное растирание, мягкое разминание, поглаживание в направлении от коленной чашки вверх и наружу – расслабляем. Передняя-боковая поверхность голени: поглаживание от стопы вверх до колена, легкое растирание, поглаживание (расслабляем). Коленный сустав – коррекция: круговое поглаживание в области сустава, растирание боковых поверхностей (мышцелков бедренной кости);

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-10, ПК-1.3, ПК-1.2, ПК-1.1, ПК-2.3, ПК-2.2, ПК-2.1

11. Примерная тематика НИРС по теме

1. Сестринский процесс. Документация к сестринскому процессу. Изучение теоретического материала по теме: Сестринский процесс. Документация к сестринскому процессу. Решение проблемно-ситуационных задач на примере клинической ситуации.

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Двойников, С. И. [Сестринское дело при инфекционных заболеваниях](#) : учебное пособие / С. И. Двойников, Л. С. Жилина. - 6-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2022. - 300 с. - Текст : электронный.

- дополнительная:

[Инфекционные болезни. Руководство к практическим занятиям](#) : учебно-методическое пособие / ред. Н. Д. Ющук, Е. В. Волчкова, Ю. В. Мартынов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 720 с. - Текст : электронный.

Рабинович, И. В. [Сестринский уход за больными с инфекционными заболеваниями. Практикум](#) : учебное пособие для СПО / И. В. Рабинович. - 2-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2022. - 184 с. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». (http://www.consultant.ru/document/cons_doc_law_121895/)

Приказ Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации от 18 декабря 2020 г. N 928н «Об утверждении правил по охране труда в медицинских организациях». ()

1. Тема № 3. Организация работы медицинской сестры по массажу/медицинского брата по массажу. (в интерактивной форме) (Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: метод проблемного изложения

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы):

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** должностные обязанности медицинской сестры по массажу, медицинского брата по массажу., безопасность медицинской сестры по массажу/медицинского брата по массажу на рабочем месте., организация работы медицинской сестры по массажу/медицинского брата по массажу., **уметь** организация работы медицинской сестры по массажу/медицинского брата по массажу., безопасность медицинской сестры по массажу/медицинского брата по массажу на рабочем месте., **владеть**

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** кабинет сестринского дела

- **оснащение занятия:** комплект учебной мебели, посадочных мест, компьютер с возможностью подключения к сети «интернет» и доступом к электронной информационно-образовательной среде

7. Аннотация (краткое содержание темы)

Нормативная документация:

- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 26 ноября 2018 года N 744н Об утверждении профессионального стандарта "Специалист по медицинскому массажу" (с изменениями на 26 декабря 2018 года);
- приказ от 23 июля 2010 года N 541н Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения" (с изменениями на 9 апреля 2018 года);
- приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 18 апреля 2012 года N 381н Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "косметология" (с изменениями на 21 февраля 2020 года);
- постановление главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 24 декабря 2020 года N 44 Об утверждении санитарных правил СП 2.1.3678-20 "Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг" (с изменениями на 14 апреля 2022 года);
- постановление главного государственного санитарного врача Российской Федерации № 3 от 28 января 2021 года Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 2.1.3684-21 "Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий";
- приказ министерства труда и социальной защиты РОоссийской Федерации от 18 декабря 2020 г. N 928н об утверждении правил по охране труда в медицинских организациях;
- приказ министерства здравоохранения Рроссийской Федерации от 15 декабря 2020 г. N 1331н «Об утверждении требований к комплектации медицинскими изделиями аптечки для оказания первой помощи работникам».

Должностные обязанности медицинской сестры/ медицинского брата по массажу.

- Осуществляет контроль за соблюдением санитарно-гигиенических требований, предъявляемых к организации работы кабинета массажа и рабочего места массажиста.
- Подготавливает пациентов к массажу, осуществляет контроль за состоянием пациентов во время проведения процедур.
- Организует работу массажиста.
- Проводит по назначению врача лечебный (классический), сегментарный, точечный, спортивный, гигиенический, косметический, аппаратный массаж, подводный душ-массаж.
- Обеспечивает соблюдение правил сочетания массажа с лечебной физкультурой, физиотерапевтическими процедурами, вытяжением, мануальной терапией.
- Обеспечивает инфекционную безопасность пациентов и медицинского персонала, выполняет требования инфекционного контроля в кабинете массажа.
- Ведет медицинскую документацию.
- Проводит санитарно-просветительную работу.
- Оказывает доврачебную помощь при неотложных состояниях.
- Осуществляет сбор и утилизацию медицинских отходов.
- Осуществляет мероприятия по соблюдению санитарно-гигиенического режима в помещении, правил

асептики и антисептики, условий стерилизации инструментов и материалов, предупреждению постинъекционных осложнений, гепатита, ВИЧ-инфекции.

Специалист по массажу должен знать:

- законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения;
- теоретические основы сестринского дела;
- основные причины, клинические проявления, методы диагностики, осложнения, принципы лечения и профилактики заболеваний и травм;
- виды, формы и методы реабилитации;
- организацию и правила проведения мероприятий по реабилитации пациентов;
- показания и противопоказания к применению основных групп лекарственных препаратов;
- характер взаимодействия, осложнения применения лекарственных средств;
- правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений;
- основы валеологии и санологии; методы и средства гигиенического воспитания;
- основы диспансеризации;
- социальную значимость заболеваний;
- систему инфекционного контроля, инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала медицинской организации;
- систему взаимодействия медицинской организации с учреждениями санитарно-эпидемиологического профиля;
- правила ведения учетно-отчетной документации структурного подразделения, основные виды медицинской документации;
- медицинскую этику;
- психологию профессионального общения;
- основы трудового законодательства;
- правила внутреннего трудового распорядка;
- правила по охране труда и пожарной безопасности.

Положение об организации деятельности кабинета для проведения медицинского массажа лица и тела.

1. Настоящее Положение определяет организацию деятельности кабинета для проведения медицинского массажа лица и тела (далее - Кабинет), который может являться структурным подразделением организаций.
2. На должности среднего медицинского персонала Кабинета назначаются специалисты, получившие дополнительное профессиональное образование по специальности "Сестринское дело в косметологии" или "Медицинский массаж".
3. В Кабинете по назначению врача-косметолога проводятся процедуры массажа (медицинский массаж лица, шеи и области декольте ручной; медицинский массаж тела ручной; массаж вакуумный; механотерапия (массаж автоматизированный); медицинский лимфодренажный массаж).
4. Кабинет оснащается медицинским оборудованием в соответствии со стандартом оснащения, изложенным в приложении N 17 к Порядку, утвержденному приказом.
5. Штатная численность медицинского и другого персонала Кабинета устанавливается руководителем медицинской организации с учетом рекомендуемых штатных нормативов, изложенных в приложении N 18 к Порядку, утвержденному приказом.

Рекомендуемые штатные нормативы медицинского и иного персонала кабинета для проведения медицинского массажа лица и тела.

1. Медицинская сестра 1 должность;
2. Санитарка 0,25 должности.

Массажный кабинет - это место, где можно не только расслабиться, но и укрепить свое здоровье. Массаж уже давно считается терапевтической методикой, которая применяется для лечения патологий и восстановления после перенесенных травм. Для обеспечения безопасности и комфорта клиентов к каждому массажному помещению предъявляются одинаковые требования.

Требования к размещению и помещению массажного кабинета.

Первый важный критерий - площадь. Она рассчитывается в зависимости от количества массажистов, работающих в помещении.

Площадь рабочего места одного мастера должна быть 8 кв. м. на одну кушетку, но не менее 10 кв. м.

Если в помещении работает несколько человек, у каждого должно быть индивидуальное рабочее пространство. Для

комфорта клиента место отделяется и закрывается. Это особенно важно при наличии детского, мужского и женского массажа в одном заведении.

Каждое помещение необходимо обеспечить шумоизоляцией. Существуют требования в отношении вентиляции и отопления.

В кабинете обязателен постоянный приток свежего воздуха. Поэтому помещение нужно оборудовать качественной системой вентиляции или кондиционером.

Во избежание сквозняков и обдувов проветривание осуществляется между сеансами.

Температура в кабинете должна быть в пределах +20...+24 градусов. При необходимости зимой используются обогревательные приборы.

В массажном помещении обязательно наличие санузла, оборудованного следующими элементами: туалет; умывальник с подачей холодной и горячей воды; зеркало; мыло; полотенце, возможно наличие душевой кабины.

Комната для массажа должна быть выполнена в светлых, спокойных и теплых тонах. Поверхности стен из легкомоющегося материала, половое покрытие – линолеум.

Важную роль играет освещение. Яркий свет позволяет массажисту не сильно уставать во время работы. Однако слишком яркие лампы зачастую вызывают дискомфорт и раздражают пациентов. В вечернее время используется искусственное дневное освещение.

Кабинет должен быть сухим, светлым, обязательно с естественным освещением (общая освещенность — 120—130 лк), с приточно-вытяжным устройством, обеспечивающим трехкратный обмен воздуха в час, или специальной фрамугой, через которую поток воздуха поступает вверх.

Массажная комната должна быть хорошо оборудована. Удобнее всего проводить массаж на специальной кушетке (столе) шириной 50 — 60 см, длиной 185 — 200 см (разные модификации). Возможность регулирования ее высоты обеспечивает эффективное применение различных приемов массажа.

Кушетка должна иметь синтетическое покрытие, которое хорошо моется, 2 валика диаметром 25 — 35 см — под голову и под ноги и валик диаметром 15 — 20 см для массажа коленного сустава.

Кушетка должна быть расположена так, чтобы массажист мог подойти к пациенту с любой ее стороны, а свет падал сбоку, не попадая в глаза ни пациенту, ни массажисту.

Для массажа спины, шеи, головы, рук необходимо иметь массажное кресло. За неимением кресла массаж этих частей тела можно проводить, посадив пациента «верхом» на стул лицом к спинке, на которую он может опереться руками.

Во время проведения практических занятий по обучению технике и методике классических приемов массажа одна кушетка должна приходиться на двоих обучающихся (один лежит — другой практикуется).

В практике работы по массажу в распоряжении массажиста должны быть две кушетки, так как после проведенной процедуры пациенту следует, не вставая с кушетки, отдохнуть 10—15 мин.

Для массажа рук нужны стол высотой (лучше — регулируемый) 70 — 80 см, длиной 50 см, шириной 30 см и подушка (ватная, поролоновая или резиновая надувная).

В кабинете необходимо также иметь 2 — 3 стула, один винтовой табурет, передвижную ширму, 2 шкафа (один, стеклянный, — для медикаментов, второй — для белья), песочные часы на 3, 5, 10 и 25 мин, полотенца, простыни, мыло, тальк, смазывающие средства, графин с питьевой водой, стаканы, зеркало, вешалку для одежды, умывальник с холодной и горячей водой.

В массажной следует иметь следующую аппаратуру: соллюкс, кварц, вибрационный и пневматический массажные аппараты, аппарат для измерения кровяного давления, секундомер, динамометр кистевой, магнитофон, аппараты, которые позволяют судить об эффективности массажа.

Требования к массажисту.

При контакте с пациентом массажист должен расположить его к себе, должен обладать умением выслушать, желанием помочь, используя свои навыки и опыт. Внимательность и терпеливость, дружелюбие и тактичность — вот качества, необходимые массажисту при работе с пациентом. Массажист должен вести себя ровно, спокойно и

уверенно, вселяя в пациента веру в силу массажа.

Методика массажа разрабатывается на основании диагноза.

Графику проведения сеансов отводится немаловажная роль. Массажисту необходимо научиться экономить свою энергию, не делать лишних движений.

Движения рук должны быть мягкими, ритмичными, плавными.

Для более эффективного выполнения приемов массажисту следует одинаково хорошо владеть правой и левой руками и включать в работу только те мышцы и мышечные группы, которые должны участвовать в выполнении данного приема.

Если его можно выполнить только кистью, то не следует включать в работу предплечье, плечо и тем более туловище. Кисти рук массажиста должны быть пластичные, теплые и сухие.

Недопустимы ссадины, царапины, трещины, мозоли, длинные ногти. Если на руках есть какие-либо заболевания (грибковые, воспалительные и т. д.), массировать нельзя, так как инфекция может быть легко перенесена на здоровую кожу пациента.

Сила и выносливость рук, необходимые для выполнения массажа, тренируются определенными упражнениями с использованием кистевого и ручного эспандера, гантелей.

Благотворное влияние оказывают систематические занятия физкультурой и спортом.

Большое значение придается тренировке гибкости лучезапястных суставов, а также силе и растяжению пальцев. Теплые ванночки с переменной температурой, растирание рук лимонным соком, 1%ным раствором формалина, спиртовым раствором (30—40%), одеколоном дают хороший эффект при холодных и влажных руках.

Перед каждой процедурой необходимо мыть руки теплой водой с мылом, а после работы вымытые руки смазывать кремом или смягчающей жидкостью, подобранными для своей кожи.

Рекомендуется иметь несколько кремов и время от времени менять их, чтобы избежать эффекта привыкания. Массажист должен работать в чистом халате, в легкой и свободной обуви, без перстней, колец и часов, которыми можно повредить кожу массируемого.

Рабочая поза массажиста должна быть удобной, при необходимости ее надо менять, так как длительное выполнение массажа в одном вынужденном положении приводит к быстрому утомлению.

Во время массажа не рекомендуется разговаривать, так как это вызывает повышение мышечного тонуса у пациента, нарушает дыхание у массажиста и отвлекает его от сосредоточенной работы.

Массажист должен не только в совершенстве владеть техникой массажа, но и иметь ясное представление о физиологическом воздействии отдельных приемов массажа, а также одного и того же приема, выполняемого с различной силой, темпом и длительностью.

Массажист должен четко представлять, в каких случаях применять тот или иной прием и когда переходить от одного из них к другому. Кроме того, он обязан хорошо знать анатомию, топографию мышц, сосудов, нервов, показания и противопоказания к проведению массажа.

Требования к массируемому. Массируемому перед массажем рекомендуется принять теплый душ. Если такой возможности нет, необходимо помыть ноги и обтереть остальные части тела влажным полотенцем. Перед местным массажем (самомассажем) можно протереть массируемые участки тела влажным полотенцем или тампоном, смоченным в спирте, одеколоне.

Обычная одежда во время массажа: трусы и бюстгальтер — для женщин, трусы или плавки — для мужчин, ибо массаж обнаженной кожи наиболее эффективен.

Однако при значительном оволосении (во избежание раздражения волосяных луковиц) или, если по каким-то причинам массируемую область тела обнажить нельзя, можно массировать через тонкую чистую ткань, хорошо впитывающую влагу и пропускающую воздух. Ссадины, расчесы, царапины на коже, полученные незадолго перед массажем, заклеивают клеем БФ6 или обрабатывают спиртовым раствором йода или бриллиантовой зелени, а во время массажа обходят.

Если кожа поражена экземой или лишаем, то массаж не проводится до выздоровления.

Для получения наибольшего эффекта от массажа положение массируемого должно быть удобным. Важное условие — наиболее полное расслабление мышц массируемой части тела.

На основании многочисленных исследований удалось определить углы сгибания и отведения конечностей, которые должны быть соблюдены, чтобы придать им среднефизиологическое положение.

Когда массируемый лежит на спине, среднефизиологическое положение для нижней конечности будет следующим: отведение от вертикали на 35° и сгибание ее в коленном суставе под углом 45°. Среднефизиологическое положение для мышц верхней конечности будет достигнуто при отведении плеча от вертикальной плоскости на 45°, сгибании предплечья в локтевом суставе под углом 110°, сгибании кисти в лучезапястном суставе под углом 95–100° (при полусогнутых пальцах).

Когда массируемый лежит на животе, для расслабления мышц нижней конечности под голень следует подкладывать валик или поддерживать ее снизу на весу. Угол сгибания в коленном суставе 25–40° — в зависимости от высоты кушетки, а также от роста массажиста. Для наиболее полного расслабления мышц верхней конечности целесообразно принимать исходное положение, при котором рука, вытянутая вдоль туловища, имеет угол сгибания между предплечьем и плечом, равный 110°.

Для правильного выполнения массажа не менее важно устойчивое положение массируемой части тела. Если нет прочной опоры для массируемой части тела, то пациент не сможет расслабить мышцы.

Гигиенические требования к оборудованию и оснащению.

В кабинете для проведения массажа должна присутствовать следующая мебель:

- массажный стол, стул и столик;
- шкаф для одежды массажиста и клиентов;
- стулья;
- ширма;
- зеркало.

Важное требование к массажному кабинету - наличие аптечки первой помощи.

Препараты, входящие в состав аптечки первой помощи, могут находиться в футляре или сумке на специальном санитарном посту. Как правило, это открытый шкаф или шкаф с дверками, не закрывающимися на ключ. Аптечки можно делать переносными, что особенно актуально для организаций, предусматривающих разъездной характер работы. Рядом с местом расположения стационарной аптечки должен быть нанесен соответствующий знак (белый крест на зеленом фоне) или надпись, кроме того, оно указывается на плане эвакуации. Каждая организация, предприятие или офис должны иметь как минимум одну аптечку. Их количество может быть увеличено в зависимости от численности сотрудников, наличия нескольких помещений, цехов, офисов для профессиональной деятельности, удаленных друг от друга. В течение всего дня аптечка должна быть доступна для всех работников предприятия.

Состав аптечки первой помощи, утвержденный приказом № 1331Н.

- Маска медицинская нестерильная одноразовая 10 штук.
- Перчатки медицинские нестерильные, размером не менее М 2 пары.
- Устройство для проведения искусственного дыхания «Рот-Устройство-Рот» 1 штука.
- Жгут кровоостанавливающий для остановки артериального кровотечения 1 штука.
- Бинт марлевый медицинский размером не менее 5 м x 10 см 4 штуки.
- Бинт марлевый медицинский размером не менее 7 м x 14 см 4 штуки.
- Салфетки марлевые медицинские стерильные размером не менее 16 x 14 см, 10 шт. в упаковке 2 упаковки.
- Лейкопластырь фиксирующий рулонный размером не менее 2 x 500 см 1 штука.
- Лейкопластырь бактерицидный размером не менее 1,9 x 7,2 см 10 штук.
- Лейкопластырь бактерицидный размером не менее 4 x 10 см 2 штуки.
- Покрывало спасательное изотермическое размером не менее 160 x 210 см 1 штука.
- Ножницы для разрезания повязок 1 штука.
- Инструкция по оказанию первой помощи с использованием аптечки 1 штука.
- Футляр (сумка) 1 штука.

Хранение аптечки.

Аптечку следует размещать в местах, защищенных от попадания прямых солнечных лучей, избегать помещений с повышенной влажностью, запыленностью. Необходимо хранить аптечку при комнатной температуре, вдали от

нагревательных приборов, не допускать резких перепадов температуры воздуха в помещении.

Сотрудник, ответственный за хранение и использование аптечки, назначается руководством организации. Он должен пройти курс по оказанию первой помощи. В обязанности ответственного сотрудника также входит: проверка срок годности изделий, входящих в состав аптечки; утилизация средства с закончившимся сроком годности; составление заявки на закупку необходимых компонентов аптечки; своевременное пополнение содержимого аптечки. Не является обязательным, но рекомендуется письмом Роструда № ПГ/8351-3-5 от 7 ноября 2012 года, ведение журнала регистрации использования изделий. После каждого использования аптечки или прошедшей проверки в журнале делается соответствующая запись. Наличие аптечки на предприятии может проверить Государственная инспекция труда или Роспотребнадзор. При ее отсутствии на работодателя будет наложен штраф.

Утилизация просроченных изделий.

По истечении сроков годности медицинские изделия и прочие средства из состава аптечки первой помощи подлежат списанию и уничтожению (утилизации) в соответствии с законодательством РФ.

Во избежание побочных реакций на использованные смазывающих средств массажист проводит опрос клиента с целью выявления аллергии.

Уборка помещения.

2 раза в день – влажная уборка, генеральная уборка – 1 раз месяц.

Хотя массаж не предусматривает контакт с кровью или другими физиологическими жидкостями, после сеанса все задействованные предметы обрабатываются антисептиком.

Проведение уборки предусматривает наличие в кабинете следующего промаркированного инвентаря: емкости для мытья пола и влажной уборки; швабра; чистая ветошь. Моющие средства; дезинфицирующие или моюще-дезинфицирующие средства.

Для экономии времени можно использовать моюще-дезинфицирующие средства, не нуждающиеся в смыве водой.

Инвентарь для уборки массажного кабинета хранится в специально отведенном месте.

Требование к специалисту.

Специалист должен хорошо разбираться в основах анатомии и знать возможные реакции организма на массаж. Перед каждой процедурой нужно проводить гигиеническую обработку рук: снимите все украшения; тщательно вымойте руки в теплой воде с мылом; вытрите насухо кисти; потрите ладони, чтобы согреть: их комфортная температура обеспечит пациенту приятные ощущения. Кожа рук должна быть гладкой. Не допускаются ссадины, порезы или другие заболевания. В противном случае существует риск перекрестного заражения. Во время процедуры ни массажист, ни пациент не должны разговаривать. Это ведет к нарушению дыхания у мастера, что снижает его работоспособность. Клиент должен быть полностью расслаблен, чего нельзя достичь при разговоре. Для создания уютной атмосферы можно включить тихую приятную музыку. Во избежание негативных реакций организма не превышайте индивидуально установленное время сеанса и не продлевайте без необходимости длительность курса.

Примерная должностная инструкция медицинской сестры/ медицинского брата по массажу.

1. Общие положения

1.1. Медицинская сестра по массажу относится к категории специалистов, назначается на должность и увольняется с нее приказом руководителя.

1.2. Медицинская сестра по массажу непосредственно подчиняется (наименование должности непосредственного руководителя).

1.3. На должность медицинской сестры по массажу принимается лицо, имеющее среднее профессиональное образование по специальности "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело" и сертификат специалиста по специальности "Медицинский массаж" без предъявления требований к стажу работы.

1.4. Медицинская сестра/ медицинский брат по массажу должен (на)

знать:

- законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения;
- теоретические основы сестринского дела;
- основные причины, клинические проявления, методы диагностики, осложнения, принципы лечения и профилактики заболеваний и травм;
- виды, формы и методы реабилитации;
- организацию и правила проведения мероприятий по реабилитации пациентов;
- показания и противопоказания к применению основных групп лекарственных препаратов;
- характер взаимодействия, осложнения применения лекарственных средств;
- правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений;
- основы валеологии и санологии; - методы и средства гигиенического воспитания;
- основы диспансеризации;
- социальную значимость заболеваний;
- систему инфекционного контроля, инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала медицинской организации;
- систему взаимодействия медицинской организации с учреждениями санитарно-эпидемиологического профиля;
- правила ведения учетно-отчетной документации структурного подразделения, основные виды медицинской документации;
- медицинскую этику;
- психологию профессионального общения;
- основы трудового законодательства;
- правила внутреннего трудового распорядка;
- правила по охране труда и пожарной безопасности.

2. Должностные обязанности Медицинской сестры/медицинского брата по массажу:

2.1. Осуществляет контроль за соблюдением санитарно-гигиенических требований, предъявляемых к организации работы кабинета массажа и рабочего места массажиста.

2.2. Подготавливает пациентов к массажу, осуществляет контроль за состоянием пациентов во время проведения процедур.

2.3. Организует работу массажиста.

2.4. Проводит по назначению врача лечебный (классический), сегментарный, точечный, спортивный, гигиенический, косметический, аппаратный массаж, подводный душ-массаж.

2.5. Обеспечивает соблюдение правил сочетания массажа с лечебной физкультурой, физиотерапевтическими процедурами, вытяжением, мануальной терапией.

2.6. Обеспечивает инфекционную безопасность пациентов и медицинского персонала, выполняет требования инфекционного контроля в кабинете массажа.

2.7. Ведет медицинскую документацию.

2.8. Проводит санитарно-просветительную работу.

2.9. Оказывает доврачебную помощь при неотложных состояниях.

2.10. Осуществляет сбор и утилизацию медицинских отходов.

2.11. Осуществляет мероприятия по соблюдению санитарно-гигиенического режима в помещении, правил асептики и антисептики, условий стерилизации инструментов и материалов, предупреждению постинъекционных осложнений, гепатита, ВИЧ-инфекции.

2.12. [Указать иные должностные обязанности].

3. Права Медицинская сестра по массажу имеет право:

3.1. На все предусмотренные законодательством социальные гарантии.

3.2. Вносить предложения вышестоящему руководству по совершенствованию методов выполняемой работы.

3.3. Требовать от руководства организации оказания содействия в исполнении своих профессиональных обязанностей и осуществлении прав.

- 3.4. Знакомиться с проектами решений руководства организации, касающимися ее деятельности.
- 3.5. Требовать создания условий для выполнения профессиональных обязанностей, в том числе предоставления необходимого оборудования, инвентаря, рабочего места, соответствующего санитарно-гигиеническим правилам и нормам и т. д.
- 3.6. На бесплатную выдачу специальной одежды, специальной обуви и других средств индивидуальной защиты.
- 3.7. На дополнительный отпуск.
- 3.8. На льготное пенсионное обеспечение.
- 3.9. Запрашивать лично или по поручению непосредственного руководителя документы, материалы, инструменты и т. п., необходимые для выполнения своих должностных обязанностей.
- 3.10. Подписывать и визировать документы в пределах своих полномочий.
- 3.11. На оплату дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию в случаях повреждения здоровья вследствие несчастного случая на производстве и получения профессионального заболевания.
- 3.12. Повышать свою профессиональную квалификацию.
- 3.13. [Указать иные права, предусмотренные Трудовым законодательством].
4. Ответственность Медицинская сестра по массажу несет ответственность:
- 4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих должностных обязанностей, предусмотренных настоящей должностной инструкцией, - в пределах, определенных действующим трудовым законодательством РФ.
- 4.2. За причинение материального ущерба работодателю - в пределах, определенных действующим трудовым и гражданским законодательством РФ.
- 4.3. За правонарушения, совершенные в процессе осуществления своей деятельности, - в пределах, определенных действующим административным, уголовным, гражданским законодательством РФ.

Инструкция по охране труда для массажиста.

1. Общие требования охраны труда.

1.1. К самостоятельной работе в качестве массажиста допускаются лица, имеющие медицинское образование и имеющие соответствующую квалификацию на право выполнения работ, имеющие личную медицинскую книжку и прошедшие санминимум, медицинский осмотр и не имеющие противопоказаний по состоянию здоровья, а также прошедшие вводный и первичный на рабочем месте инструктажи по охране труда, проверку знаний требований охраны труда, а также обучение методам оказания первой помощи пострадавшему при несчастных случаях.

1.2. Массажист обязан:

- соблюдать требования настоящей инструкции и Правил внутреннего трудового распорядка;
- соблюдать правила по охране труда и правила поведения на территории и в помещениях организации, режим труда и отдыха, трудовую дисциплину;
- заботиться о личной безопасности и личном здоровье, а также о безопасности окружающих в процессе выполнения работ и во время нахождения на территории организации; — выполнять только ту работу, которая ему поручена;
- знать и соблюдать «Санитарные правила устройства, оборудования и содержания косметических салонов»;
- знать устройство, назначение и Правила эксплуатации электрооборудования, приборов, инструментов, применяемых в процессе своей трудовой деятельности;
- соблюдать технологию производства работ, применять способы, которые обеспечивают безопасность труда;
- выполнять требования по охране труда и пожарной безопасности, знать сигналы оповещения при пожаре, порядок действия при пожаре, места расположения первичных средств пожаротушения и уметь ими пользоваться;
- строго выполнять правила личной гигиены, быть в чистой рабочей одежде, специальной обуви, правильно применять средства индивидуальной защиты (далее - СИЗ) в соответствии с условиями и характером выполняемой работы; — содержать помещения, оборудование и мебель в чистоте;
- знать приемы оказания первой помощи пострадавшему при несчастном случае и места расположения

аптечки.

1.3. Массажист должен проходить:

- повторный инструктаж по охране труда на рабочем месте не реже 1 раза в 6 месяцев;
- периодический медицинский осмотр в соответствии с действующим законодательством РФ;
- очередную проверку знаний требований охраны труда не реже 1 раза в год.

1.4. В процессе работы на массажиста могут воздействовать следующие опасные и (или) вредные производственные факторы:

- поражение электрическим током при неисправном электрооборудовании в помещении;
- острые кромки на поверхностях инструментов, оборудования, инвентаря;
- физические перегрузки

1.5. Массажист должен быть обеспечен средствами индивидуальной защиты в соответствии с действующими Нормами выдачи специальной одежды, специальной обуви и других средств индивидуальной защиты (СИЗ).

1.6. Выдаваемая специальная одежда, специальная обувь и другие СИЗ должны соответствовать характеру и условиям работы, обеспечивать безопасность труда, иметь сертификат соответствия.

1.7. Средства индивидуальной защиты, на которые не имеется технической документации, а также с истекшим сроком годности к применению не допускаются.

1.8. Использовать спецодежду и другие СИЗ для других, нежели основная работа, целей запрещается.

1.9. Массажист должен знать и соблюдать правила личной гигиены. Принимать пищу, курить, отдыхать только в специально отведенных для этого помещениях и местах. Пить воду только из специально предназначенных для этого установок.

1.10. Запрещается употребление спиртных напитков и появление на работе в нетрезвом состоянии, в состоянии наркотического или токсического опьянения.

1.11. Массажист обязан немедленно извещать своего непосредственного или вышестоящего руководителя работ о любой ситуации, угрожающей жизни и здоровью людей, о каждом несчастном случае, происшедшем на производстве, или об ухудшении своего здоровья, в том числе о появлении острого профессионального заболевания (отравления), а также обо всех замеченных неисправностях оборудования, устройств.

1.12. Требования настоящей инструкции по охране труда являются обязательными для работника. Невыполнение этих требований рассматривается как нарушение трудовой дисциплины и влечет ответственность согласно действующему законодательству РФ.

2. Требования охраны труда перед началом работы.

2.1. Надеть чистую рабочую одежду и специальную обувь.

2.2. Снять на время работы браслеты, часы, кольца.

2.3. Проверить внешним осмотром соответствие рабочего места требованиям безопасности. При необходимости привести его в порядок, убрать посторонние предметы, освободить подходы к оборудованию, мебели.

2.4. Убедиться, что освещенность рабочего места достаточна.

2.5. Проверить комплектность используемого оборудования, электрических приборов, инвентаря. Использование неисправного оборудования, электрических приборов, мебели и инвентаря не допускается.

2.6. Обнаруженные нарушения требований по охране труда должны быть устранены до начала работ, при невозможности сделать это работник обязан сообщить о недостатках в обеспечении охраны труда руководителю работ и до их устранения к работе не приступать.

3. Требования охраны труда во время работы.

3.1. Выполнять только ту работу, которая входит в круг профессиональных обязанностей массажиста.

3.2. Использовать оборудование и инструмент только для тех работ, для которых они предназначены.

- 3.3. Использованное белье убирать после каждого клиента в специально отведенное место.
- 3.4. Открывать краны с горячей и холодной водой медленно, без рывков и усилий.
- 3.5. Не загромождать проходы к другим рабочим местам, пути эвакуации.
- 3.6. Не накапливать на рабочем месте использованное белье, своевременно передавать его в подсобное или специально оборудованное место (помещение).
- 3.7. Не использовать для сидения подлокотники кресел, передвижные столики.
- 3.8. Включать и отключать электрические приборы, настольную лампу сухими руками. При извлечении электрической вилки из розетки держаться за корпус вилки, не дергать за подводящий провод.
- 3.9. Не разбирать и не пытаться самостоятельно ремонтировать электрические приборы.
- 3.10. Не подсушивать влажное белье (салфетки, полотенца) на электронагревательном оборудовании. Влажное белье следует сушить в специально оборудованном месте для сушки белья.
- 3.11. Применение самодельных косметических средств не допускается.
- 3.12. На парфюмерно-косметические средства, используемые в работе, должны быть документы, удостоверяющие их безопасность.
- 3.13. Не допускается присутствие на рабочем месте посторонних лиц.
- 3.14. Не принимать пищу, не курить на рабочем месте.
- 3.15. В случае плохого самочувствия прекратить работу, отключить оборудование, поставить в известность руководство.
4. Требования охраны труда в аварийных ситуациях.
- 4.1. Остановить работу, отключить используемые при работе электрические приборы, принять меры к эвакуации людей из опасной зоны и вызвать аварийные службы.
- 4.2. Сообщить о происшествии непосредственному руководителю или работнику, ответственному за безопасную эксплуатацию оборудования.
- 4.3. Принять меры по устранению причин аварийной ситуации.
- 4.4. При аварии электроснабжения, порыве трубопровода, радиатора отопления необходимо прекратить работу и вызвать соответствующую аварийную службу.
- 4.5. Возобновление работы допускается только после устранения причин, приведших к аварийной ситуации и (или) несчастному случаю.
- 4.6. В случае возникновения пожара или возгорания необходимо:
- прекратить работу;
 - обесточить электрические приборы;
 - приступить к тушению очага пожара средствами пожаротушения и одновременно сообщить о происшествии непосредственному руководителю или другому должностному лицу организации. При невозможности устранения очага пожара необходимо сообщить о нем в подразделение по чрезвычайным ситуациям по телефону 101 или 112;
 - при угрозе здоровью и (или) жизни немедленно покинуть место пожара по путям эвакуации.
- 4.7. При несчастном случае необходимо:
- принять меры по предотвращению воздействия травмирующих факторов на пострадавшего, соблюдая собственную безопасность;
 - оказать пострадавшему первую помощь, при необходимости вызвать медицинских работников по телефону 103 или 112 на место происшествия или организовать доставку пострадавшего в организацию здравоохранения.
 - обеспечить до начала расследования сохранность обстановки на месте происшествия, если не существует угрозы жизни и здоровью окружающих;

- сообщить о несчастном случае непосредственному руководителю или другому должностному лицу.

4.8. В случае получения травмы и (или) внезапного ухудшения здоровья (усиления сердцебиения, появления головной боли и другого) массажист должен прекратить работу, отключить оборудование, сообщить об этом непосредственному руководителю или другому должностному лицу и при необходимости обратиться к врачу.

5. Требования охраны труда по окончании работы.

5.1. Отключить и отсоединить от электрической сети (вынуть вилку из розетки) используемые электрические приборы, убрать в отведенные для хранения места.

5.2. Убрать в специально выделенные места хранения инвентарь.

5.3. Проветрить помещение.

5.4. Убедиться, что водозапорные краны закрыты;

5.5. Отключить рабочее освещение.

5.6. Сообщить своему непосредственному руководителю обо всех неисправностях, возникших во время работы, и принятых мерах по их устранению.

5.7. Снять рабочую одежду, специальную обувь и другие СИЗ и убрать их в установленные места хранения.

5.8. Вымыть руки водой с моющим средством, при возможности принять душ.

При осуществлении медицинской деятельности в медицинских организациях на работников возможно воздействие вредных и (или) опасных факторов производственной среды и трудового процесса.

К вредным и (или) опасным факторам производственной среды и трудового процесса относятся:

- биологические факторы, в том числе микроорганизмы-продуценты, живые клетки и споры, содержащиеся в бактериальных препаратах, патогенные микроорганизмы - возбудители инфекционных заболеваний;
- химические факторы, в том числе химические вещества и смеси, измеряемые в воздухе рабочей зоны и на кожных покровах работников, в том числе некоторые вещества биологической природы (антибиотики, витамины, гормоны, ферменты, белковые препараты), которые получают химическим синтезом и (или) для контроля содержания которых используют методы химического анализа;
- физические факторы - аэрозоли преимущественно фиброгенного действия, шум, инфразвук, ультразвук воздушный, вибрация общая и локальная, неионизирующие излучения (электростатическое поле, постоянное магнитное поле, в том числе гипогеомагнитное, электрические и магнитные поля промышленной частоты (50 Герц), переменные электромагнитные поля, в том числе радиочастотного диапазона и оптического диапазона (лазерное и ультрафиолетовое), ионизирующие излучения, параметры микроклимата (температура воздуха, относительная влажность воздуха, скорость движения воздуха, тепловое облучение), параметры световой среды (искусственное освещение (освещенность) рабочей поверхности);
- тяжесть трудового процесса - показатели физической нагрузки на опорнодвигательный аппарат и на функциональные системы организма работника;
- напряженность трудового процесса - показатели сенсорной нагрузки на центральную нервную систему и органы чувств работника.
- угроза жизни и здоровью работников, связанная с возможным совершением в отношении них противоправных действий со стороны пациентов, их родственников и третьих лиц, или животных.

При организации медицинской деятельности работодатель обязан оценивать профессиональные риски, связанные с возможным причинением вреда здоровью работника в процессе его трудовой деятельности.

Допускается возможность ведения документооборота в области охраны труда в электронном виде с использованием электронной подписи или любого другого способа, позволяющего идентифицировать личность работника, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Требования охраны труда, предъявляемые к организации проведения работ

При заключении трудового договора работодатель обязан обеспечить информирование работников о полагающихся им средствах индивидуальной защиты (далее - СИЗ), санитарно-гигиенической одежде, санитарной обуви и санитарных принадлежностях (далее - санитарная одежда), а работники обязаны правильно применять выданные им СИЗ, санитарную одежду.

На рабочем месте запрещается курить, принимать пищу, хранить личную одежду, употреблять алкогольные напитки, наркотические средства и иные токсические и сильнодействующие лекарственные препараты (в том числе психотропные).

Запрещается:

- а) выполнять работы, не предусмотренные трудовыми обязанностями;
- б) хранить и применять лекарственные средства, применяемые в медицинских целях, без этикеток, с нечитаемыми наименованиями, а также в поврежденной упаковке;
- в) пробовать лекарственные средства, применяемые в медицинских целях, на вкус и запах;
- г) работать с неисправным инструментом, на неисправном оборудовании, использовать неисправные приспособления, средства индивидуальной и коллективной защиты;
- д) эксплуатировать медицинские изделия, не имеющие регистрацию в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Во время проведения медицинских манипуляций запрещено касаться руками в перчатках своих глаз, носа, рта, незащищенных участков кожи

Безопасность работников при проведении технического обслуживания и ремонт медицинского оборудования должна обеспечиваться:

- а) соответствующей квалификацией персонала, неукоснительным выполнением требований эксплуатационной документации и инструкций по охране труда;
- б) соблюдением требований безопасности при проведении работ и использованием средств индивидуальной защиты.

При передвижении по медицинской организации во избежание проскальзывания и падения работник обязан обращать внимание на состояние пола в помещениях. Передвигаться по мокрым (мытым) полам необходимо с повышенной осторожностью. После влажной обработки на полу должны быть установлены предупреждающие таблички до высыхания пола.

Работники должны соблюдать нормы подъема и перемещения тяжестей (допустимые нагрузки). Работодателю запрещается направлять работника на работу, где нагрузки превышают установленные нормы подъема и перемещения тяжестей.

8. Вопросы по теме занятия

1. Перечислите нормативную документацию, регламентирующую работу специалиста по массажу.
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3
2. Перечислите должностные обязанности медицинской сестры/ медицинского брата по массажу.
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3
3. Перечислите основные знания и умения, которыми должен владеть специалист по массажу.
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3
4. Перечислите требования к размещению и помещению массажного кабинета.
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3
5. Перечислите требования к оборудованию и оснащению массажного кабинета.
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3
6. Перечислите состав аптечки первой помощи, утвержденный приказом № 1331н.
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2
7. Расскажите о правилах проведения текущей и генеральной уборки массажного кабинета, о дезинфекции расходных материалов.
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3
8. Перечислите общие требования охраны труда для специалистов по массажу.
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3
9. Перечислите требования охраны труда перед началом работы.
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3
10. Перечислите требования охраны труда во время работы.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3

11. Перечислите требования охраны труда в аварийных ситуациях.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

12. Расскажите, что необходимо сделать, если произошел несчастный случай.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

13. Перечислите вредные и/или опасные факторы производственной среды и трудового процесса.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

14. Перечислите виды инструктажей и кратность их прохождения специалистами по массажу.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. АПТЕЧКА ПЕРВОЙ ПОМОЩИ В МАССАЖНОМ КАБИНЕТЕ ДОЛЖНА СОДЕРЖАТЬ ВСЕ, КРОМЕ:

- 1) раствор адреналина, эфедрина;
- 2) маска медицинская нестерильная одноразовая;
- 3) устройство для проведения искусственного дыхания «Рот-Устройство-Рот»;
- 4) жгут кровоостанавливающий;
- 5) перчатки медицинские нестерильные;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

2. РАЗМЕРЫ СТАНДАРТНОЙ МАССАЖНОЙ КУШЕТКИ (ДЛИНА, ШИРИНА, ВЫСОТА):

- 1) 150×75×80 см;
- 2) 80×50×90 см;
- 3) 200×65×80 см;
- 4) 210×80×100 см;
- 5) 200×100×50 см;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

3. ТЕМПЕРАТУРА ВОЗДУХА В МАССАЖНОМ КАБИНЕТЕ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ:

- 1) 14–16 °С;
- 2) 17–19 °С;
- 3) 20–22 °С;
- 4) 22–24 °С;
- 5) 25–27 °С;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

4. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ МАССАЖА ВЫДЕЛЯЮТ ОТДЕЛЬНУЮ КОМНАТУ ИЗ РАСЧЕТА НА ОДНО РАБОЧЕЕ МЕСТО КВ.М.:

- 1) 4;
- 2) 6;
- 3) 8;
- 4) 10;
- 5) 12;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

5. ВЫСОТА ПОТОЛКА В ПОМЕЩЕНИИ ДЛЯ МАССАЖА ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (В МЕТРАХ):

- 1) 1,7;
- 2) 2,0;
- 3) 2,5;
- 4) 3,0;
- 5) 3,5;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

6. КОМНАТА ДЛЯ МАССАЖА ДОЛЖНА БЫТЬ ОБЕСПЕЧЕНА ПРИТОЧНО-ВЫТЯЖНОЙ ВЕНТИЛЯЦИЕЙ С ОБМЕНОМ ВОЗДУХА В ТЕЧЕНИЕ ЧАСА:

- 1) 1 раз;
- 2) 3 раза;
- 3) 5 раз;
- 4) 7 раз;
- 5) 10 раз;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

7. ЧАСТОТА ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕЙ ВЛАЖНОЙ УБОРКИ В МАССАЖНОМ КАБИНЕТЕ:

- 1) через 3 ч работы;
- 2) 1 раз в день раз в три дня;
- 3) 1 раз в три дня;
- 4) не менее 2-х раз в день;
- 5) 1 раз в 7 дней;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

8. УКАЖИТЕ СПОСОБ ОБРАБОТКИ РУК МАССАЖИСТА:

- 1) мытье проточной водой с однократным намыливанием;
- 2) обработка спиртом после каждого больного;
- 3) обработка 0,5% раствором хлорамина;
- 4) гигиеническая обработка рук мылом и водой с двукратным намыливанием;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

9. ЧАСТОТА ОБРАБОТКИ МАССАЖНЫХ СТОЛОВ В КАБИНЕТЕ:

- 1) 1 раз в день;
- 2) 2 раза в день;
- 3) после каждого больного;
- 4) 1 раз в неделю;
- 5) 3 раза в день;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

10. ЧТО ЗАПРЕЩАЕТСЯ ДЕЛАТЬ РАБОТНИКАМ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ВЫБЕРИТЕ ЛИШНЕЕ:

- 1) выполнять должностные обязанности;
- 2) употреблять алкогольные напитки, наркотические средства и иные токсические и сильнодействующие лекарственные препараты (в том числе психотропные);
- 3) хранить личную одежду;
- 4) курить;
- 5) принимать пищу;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

11. ЧТО ЗАПРЕЩАЕТСЯ ДЕЛАТЬ РАБОТНИКАМ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ВЫБЕРИТЕ ЛИШНЕЕ:

- 1) выполнять работы, не предусмотренные трудовыми обязанностями;
- 2) хранить и применять лекарственные средства, применяемые в медицинских целях, без этикеток, с нечитаемыми наименованиями, а также в поврежденной упаковке;
- 3) выполнять работы, предусмотренные трудовыми обязанностями;
- 4) работать с неисправным инструментом, на неисправном оборудовании, использовать неисправные приспособления, средства индивидуальной и коллективной защиты;
- 5) эксплуатировать медицинские изделия, не имеющие регистрацию в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

12. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ВЛАЖНОСТИ ВОЗДУХА В ПОМЕЩЕНИИ ПРИМЕНЯЮТ:

- 1) анемометр;
- 2) термометр;
- 3) термограф;
- 4) психрометр;
- 5) динамометр;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

13. ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ДУГИ ИЛИ БОЛЬШИХ ТОКОВ, ПРОХОДЯЩИХ ЧЕРЕЗ ТЕЛО ЧЕЛОВЕКА:

- 1) электрический знак;
- 2) электрический ожог;

- 3) электроофтальмия;
- 4) электрический удар;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

14. ПЕРИОДИЧНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ПОВТОРНЫХ ИНСТРУКТАЖЕЙ НА ОБЫЧНЫХ РАБОТАХ:

- 1) 1 месяц;
- 2) 3 месяца;
- 3) 6 месяцев;
- 4) 12 месяцев;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

15. В КАКОМ СЛУЧАЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ РАССЛЕДОВАНИЯ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ СОСТАВЛЯЕТСЯ АКТ ПО ФОРМЕ Н-1:

- 1) во время совершения рабочим кражи;
- 2) в следствии отравления алкоголем;
- 3) при выполнении своих служебных обязанностей;
- 4) в случае естественной смерти;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

16. ВИД ИНСТРУКТАЖА, ПРОВОДИМЫЙ С РАБОТНИКАМИ ПРИ ЛИКВИДАЦИИ АВАРИИ:

- 1) периодический;
- 2) вводный;
- 3) первичный;
- 4) внеплановый;
- 5) целевой;

Правильный ответ: 5

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Проведите с работниками вашего отделения инструктаж по правилам профилактики от инфицирования через кожу и слизистые оболочки.

- 1) избегать притирающих движений при пользовании бумажным полотенцем, поскольку при этом повреждается поверхностный эпителий;
- 2) применять спиртовые дезинфекционные растворы для рук; дезинфекцию рук никогда не следует предпочитать использованию одноразовых перчаток; руки необходимо мыть водой с мылом, каждый раз после снятия защитных перчаток;
- 3) после любой процедуры необходимо двукратно мыть руки в проточной воде с мылом. руки следует вытирать только индивидуальным полотенцем, сменяемым ежедневно, или салфетками одноразового использования; избегать частой обработки рук раздражающими кожу дезинфектантами, не пользоваться жесткими щетками;
- 4) никогда не принимать пищу на рабочем месте, где может оказаться кровь или выделения пациента;
- 5) сделать необходимые профилактические прививки в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям; для защиты слизистых оболочек ротовой полости и носа необходимо применять защитную маску, плотно прилегающую к лицу; надевать халат или фартук либо и халат, и фартук, чтобы обеспечить надежную защиту от попадания на участки тела биологических жидкостей. Защитная одежда должна закрывать кожу и одежду медперсонала, не пропускать жидкость, поддерживать кожу и одежду в сухом состоянии;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

2. Проведите с сотрудниками вашего отделения инструктаж по соблюдению требований охраны труда во время работы.

- 1) Выполнять только ту работу, которая входит в круг профессиональных обязанностей массажиста. Использовать оборудование и инструмент только для тех работ, для которых они предназначены. Использованное белье убирать после каждого клиента в специально отведенное место. Открывать краны с горячей и холодной водой медленно, без рывков и усилий;
- 2) Не загромождать проходы к другим рабочим местам, пути эвакуации. Не накапливать на рабочем месте использованное белье, своевременно передавать его в подсобное или специально оборудованное место (помещение). Не использовать для сидения подлокотники кресел, передвижные столики. Включать и отключать электрические приборы, настольную лампу сухими руками. При извлечении электрической вилки из розетки держаться за корпус вилки, не дергать за подводящий провод;
- 3) Не разбирать и не пытаться самостоятельно ремонтировать электрические приборы. Не подсушивать влажное белье (салфетки, полотенца) на электронагревательном оборудовании. Влажное белье следует сушить в специально оборудованном месте для сушки белья. Применение самодельных косметических средств не

допускается. На парфюмерно-косметические средства, используемые в работе, должны быть документы, удостоверяющие их безопасность;

4) Не допускается присутствие на рабочем месте посторонних лиц. Не принимать пищу, не курить на рабочем месте. В случае плохого самочувствия прекратить работу, отключить оборудование, поставить в известность руководство;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

3. Проведите с сотрудниками вашего отделения инструктаж по соблюдению требований охраны труда по окончании работы.

1) Отключить и отсоединить от электрической сети (вынуть вилку из розетки) используемые электрические приборы, убрать в отведенные для хранения места;

2) Убрать в специально выделенные места хранения инвентарь. Проветрить помещение;

3) Убедиться, что водозапорные краны закрыты; Отключить рабочее освещение;

4) Сообщить своему непосредственному руководителю обо всех неисправностях, возникших во время работы, и принятых мерах по их устранению;

5) Снять рабочую одежду, специальную обувь и другие СИЗ и убрать их в установленные места хранения.

Вымыть руки водой с моющим средством, при возможности принять душ;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

4. Проведите с сотрудниками вашего отделения инструктаж по соблюдению требований охраны труда в аварийных ситуациях.

1) Проведите с сотрудниками вашего отделения инструктаж по соблюдению требований охраны труда в аварийных ситуациях. Остановить работу, отключить используемые при работе электрические приборы, принять меры к эвакуации людей из опасной зоны и вызвать аварийные службы. Сообщить о происшествии непосредственному руководителю или работнику, ответственному за безопасную эксплуатацию оборудования. Принять меры по устранению причин аварийной ситуации;

2) При аварии электроснабжения, порыве трубопровода, радиатора отопления необходимо прекратить работу и вызвать соответствующую аварийную службу. Возобновление работы допускается только после устранения причин, приведших к аварийной ситуации и (или) несчастному случаю;

3) В случае возникновения пожара или возгорания необходимо: прекратить работу; обесточить электрические приборы; приступить к тушению очага пожара средствами пожаротушения и одновременно сообщить о происшествии непосредственному руководителю или другому должностному лицу организации. При невозможности устранения очага пожара необходимо сообщить о нем в подразделение по чрезвычайным ситуациям по телефону 101 или 112; при угрозе здоровью и (или) жизни немедленно покинуть место пожара по путям эвакуации;

4) При несчастном случае необходимо: принять меры по предотвращению воздействия травмирующих факторов на пострадавшего, соблюдая собственную безопасность; оказать пострадавшему первую помощь, при необходимости вызвать медицинских работников по телефону 103 или 112 на место происшествия или организовать доставку пострадавшего в организацию здравоохранения. обеспечить до начала расследования сохранность обстановки на месте происшествия, если не существует угрозы жизни и здоровью окружающих; сообщить о несчастном случае непосредственному руководителю или другому должностному лицу;

5) В случае получения травмы и (или) внезапного ухудшения здоровья (усиления сердцебиения, появления головной боли и другого) массажист должен прекратить работу, отключить оборудование, сообщить об этом непосредственному руководителю или другому должностному лицу и при необходимости обратиться к врачу;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

5. Проведите с сотрудниками вашего отделения инструктаж по соблюдению требований охраны труда перед началом работы.

1) Надеть чистую рабочую одежду и специальную обувь. Снять на время работы браслеты, часы, кольца;

2) Проверить внешним осмотром соответствие рабочего места требованиям безопасности. При необходимости привести его в порядок, убрать посторонние предметы, освободить подходы к оборудованию, мебели. Убедиться, что освещенность рабочего места достаточна;

3) Проверить комплектность используемого оборудования, электрических приборов, инвентаря. Использование неисправного оборудования, электрических приборов, мебели и инвентаря не допускается;

4) Обнаруженные нарушения требований по охране труда должны быть устранены до начала работ, при невозможности сделать это работник обязан сообщить о недостатках в обеспечении охраны труда руководителю работ и до их устранения к работе не приступать;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

6. Проведите с сотрудниками вашего отделения инструктаж по соблюдению общих требований охраны труда.

1) К самостоятельной работе в качестве массажиста допускаются лица, имеющие медицинское образование и имеющие соответствующую квалификацию на право выполнения работ, имеющие личную медицинскую книжку и прошедшие санминимум, медицинский осмотр и не имеющие противопоказаний по состоянию здоровья, а также прошедшие вводный и первичный на рабочем месте инструктажи по охране труда, проверку знаний требований охраны труда, а также обучение методам оказания первой помощи пострадавшему при несчастных

случаях;

2) Массажист обязан: соблюдать требования настоящей инструкции и Правил внутреннего трудового распорядка; соблюдать правила по охране труда и правила поведения на территории и в помещениях организации, режим труда и отдыха, трудовую дисциплину; заботиться о личной безопасности и личном здоровье, а также о безопасности окружающих в процессе выполнения работ и во время нахождения на территории организации; — выполнять только ту работу, которая ему поручена; знать и соблюдать «Санитарные правила устройства, оборудования и содержания косметических салонов»; знать устройство, назначение и Правила эксплуатации электрооборудования, приборов, инструментов, применяемых в процессе своей трудовой деятельности; соблюдать технологию производства работ, применять способы, которые обеспечивают безопасность труда; выполнять требования по охране труда и пожарной безопасности, знать сигналы оповещения при пожаре, порядок действия при пожаре, места расположения первичных средств пожаротушения и уметь ими пользоваться; строго выполнять правила личной гигиены, быть в чистой рабочей одежде, специальной обуви, правильно применять средства индивидуальной защиты (далее –СИЗ) в соответствии с условиями и характером выполняемой работы; — содержать помещения, оборудование и мебель в чистоте; знать приемы оказания первой помощи пострадавшему при несчастном случае и места расположения аптечки;

3) Массажист должен проходить: повторный инструктаж по охране труда на рабочем месте не реже 1 раза в 6 месяцев; периодический медицинский осмотр в соответствии с действующим законодательством РФ; очередную проверку знаний требований охраны труда не реже 1 раза в год. В процессе работы на массажиста могут воздействовать следующие опасные и (или) вредные производственные факторы: поражение электрическим током при неисправном электрооборудовании в помещении; острые кромки на поверхностях инструментов, оборудования, инвентаря; физические перегрузки;

4) Массажист должен быть обеспечен средствами индивидуальной защиты в соответствии с действующими Нормами выдачи специальной одежды, специальной обуви и других средств индивидуальной защиты (СИЗ). Выдаваемая специальная одежда, специальная обувь и другие СИЗ должны соответствовать характеру и условиям работы, обеспечивать безопасность труда, иметь сертификат соответствия. Средства индивидуальной защиты, на которые не имеется технической документации, а также с истекшим сроком годности к применению не допускаются. Использовать спецодежду и другие СИЗ для других, нежели основная работа, целей запрещается. Массажист должен знать и соблюдать правила личной гигиены. Принимать пищу, курить, отдыхать только в специально отведенных для этого помещениях и местах. Пить воду только из специально предназначенных для этого установок;

5) Запрещается употребление спиртных напитков и появление на работе в нетрезвом состоянии, в состоянии наркотического или токсического опьянения. Массажист обязан немедленно извещать своего непосредственного или вышестоящего руководителя работ о любой ситуации, угрожающей жизни и здоровью людей, о каждом несчастном случае, происшедшем на производстве, или об ухудшении своего здоровья, в том числе о появлении острого профессионального заболевания (отравления), а также обо всех замеченных неисправностях оборудования, устройств. Требования настоящей инструкции по охране труда являются обязательными для работника. Невыполнение этих требований рассматривается как нарушение трудовой дисциплины и влечет ответственность согласно действующему законодательству РФ;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

11. Примерная тематика НИРС по теме

1. Организация работы медицинской сестры по массажу/медицинского брата по массажу. изучить содержание темы: нормативные правовые акты и локальные акты, регламентирующие профессиональную деятельность медицинской сестры по массажу/медицинского брата по массажу. Должностные обязанности медицинской сестры по массажу/медицинского брата по массажу. Особенности общения с пациентами с точки зрения профессиональной этики и деонтологии, психологических особенностей пациентов разных возрастных групп. Стандарт оснащения массажного кабинета. Охрана труда и техника безопасности.

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Двойников, С. И. [Сестринское дело при инфекционных заболеваниях](#) : учебное пособие / С. И. Двойников, Л. С. Жилина. - 6-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2022. - 300 с. - Текст : электронный.

- дополнительная:

[Медицинская реабилитация при инфекционных заболеваниях](#) : учебное пособие / ред. Ю. В. Лобзин, Е. Е. Ачкасов, Д. Ю. Бутко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 544 с. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». (http://www.consultant.ru/document/cons_doc_law_121895/)

Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» Редакция от 02.07.2021 , действует с 31.10.2021 (<https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=405056>)

Национальная концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, утверждена руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, главным государственным санитарным врачом Российской Федерации (<https://docs.cntd.ru/document/499002572>)

Санитарные правила и нормы СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», главный государственный санитарный врач российской федерации постановление от 28 января 2021 года № 4. (<https://docs.cntd.ru/document/573660140>)

Санитарные правила СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или (<https://docs.cntd.ru/document/573275590>)

Санитарные правила СП 2.2.3670-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям труда», постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 02.12.2020 г. №40. (<https://docs.cntd.ru/document/573230583>)

СП 2.4.3648-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи», постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.09.2020 г. №28. (<https://base.garant.ru/75093644/>)

СанПиН 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, (<http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202102050027>)

Приказ Минздрава РФ от 28.01.2021 № 29Н. «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, Перечня медицинск (<http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202101290043>)

Приказ Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации от 18 декабря 2020 г. N 928н «Об утверждении правил по охране труда в медицинских организациях». ()

Методические рекомендации МР 2.2.9.2242-07 «Гигиенические и эпидемиологические требования к условиям труда медицинских работников, выполняющих работы, связанные с риском возникновения инфекционных заболеваний». ()

1. Тема № 4. Оценка функционального состояния пациента. (в интерактивной форме) (Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-10, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: метод проблемного изложения

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Прежде, чем начать курс массажа пациенту, необходимо убедиться, что со стороны состояния его здоровья нет противопоказаний. Для этого специалист должен уметь провести расспрос пациента, и обследование: определить степень тяжести состояние пациента; провести оценку состояния сознания пациента; оценку положения пациента; определение выражения лица пациента; выявление нарушения походки пациента; телосложения, конституциональный тип; провести осмотр кожи и слизистых, определить элементы первичного и вторичного поражения кожи, дериваты кожи; лимфатических узлов; мышечной системы, позвоночника; отеков.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** источники информации о пациенте., объективные методы исследования: план внешнего осмотра; определение степени тяжести состояние пациента; оценка состояния сознания пациента; оценка положения пациента; определение выражения лица пациента, характеристика; выявление нарушения походки пациента, характеристика; телосложение, конституциональный тип, характеристика; правила проведения осмотра кожи и слизистых; элементы первичного поражения кожи, характеристика; элементы вторичного поражения кожи, характеристика; дериваты кожи, характеристика; исследование лимфатических узлов, характеристика; исследование мышечной системы, позвоночника, характеристика; отеки, виды отечной жидкости, методы выявления отеков., **уметь** оценка функционального состояния пациента., **владеть**

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** кабинет сестринского дела

- **оснащение занятия:** комплект учебной мебели, посадочных мест, компьютер с возможностью подключения к сети «интернет» и доступом к электронной информационно-образовательной среде

7. Аннотация (краткое содержание темы)

С чего начинается работа с пациентом.

1. Расспрос, как метод сбора информации о пациенте.
2. Источники информации о пациенте.
3. Объективные методы исследования:
 - план внешнего осмотра;
 - определение степени тяжести состояние пациента;
 - оценка состояния сознания пациента;
 - оценка положения пациента;
 - определение выражения лица пациента, характеристика;
 - выявление нарушения походки пациента, характеристика;
 - телосложение, конституциональный тип, характеристика;
 - правила проведения осмотра кожи и слизистых;
 - элементы первичного поражения кожи, характеристика.
 - элементы вторичного поражения кожи, характеристика;
 - дериваты кожи, характеристика;
 - исследование лимфатических узлов, характеристика;
 - исследование мышечной системы, позвоночника, характеристика;
 - отеки, виды отечной жидкости, методы выявления отеков.

Как начать работу с пациентом.

- Обязательно поприветствуйте и представьтесь пациенту, если пациент контактен и ему не требуется экстренная медицинская помощь.
- Идентифицируйте пациента, попросив его представиться и назвать дату рождения. Для точной идентификации дополнительно можно использовать номер медицинской карты, номер страховки, данные идентификационного браслета, при его наличии и т.д.
- Уточните, как Вы можете обращаться к пациенту, для его комфорта и адаптации.
- Уточните самочувствие пациента, его настрой на ваше взаимодействие и готовность к сотрудничеству.
- Выясните эмоциональное состояние.
- Получите согласие на медицинское вмешательство (в том числе письменно).
- Расскажите, о цели и ходе работы, в какой последовательности будет проводиться работа, расскажите, если это предусматривается, о возможности участия пациента во время выполнения процедуры.
- Если Вы наблюдаете, что пациент боится, постарайтесь его успокоить, подберите нужные слова.

В работе с пациентом очень важно правильно собрать информацию.

Субъективная информация включает в себя оценку своего состояния самим пациентом и его немедицинским окружением.

- Проводится расспрос пациента;
- может быть проведена беседа с родственниками;
- проводится беседа с работниками скорой помощи, если пациент поступил по скорой;
- может быть проведена беседа с соседями, с очевидцами и т. д.

Расспрос или сбор анамнеза (anamnesis, от греч. «воспоминание» — это совокупность сведений, получаемых при медицинском обследовании путём расспроса самого обследуемого и знающих его лиц. Метод расспроса внедрил в практику известный терапевт Захарьин Григорий Антонович (1829—1897).

Расспрос включает в себя:

- паспортную часть;
- жалобы пациента;
- anamnesis morbe (заболевания);
- anamnesis vitae (жизни);
- аллергические реакции.

Во время проведения расспроса очень важно наблюдать за поведением пациента, внешним видом, взаимоотношениями с окружающими, а также определить, насколько данные, полученные при наблюдении, согласуются с данными, полученными при беседе.

Источниками информации о пациенте могут быть: сам пациент, медицинская документация, специальная медицинская и научная литература, очевидцы, родственники.

Объективная информация — это наблюдения или измерения, проводимые лицом, собирающим информацию с помощью специальных методов.

Объективные методы — это наблюдения или измерения, проводимые лицом, собирающим информацию с помощью специальных методов исследования, таких как: общий осмотр; функционально-диагностические (измерение артериального давления, подсчет частоты дыхательных движений, измерение артериального пульса, измерение температуры тела, сатурации); пальпация (ощупывание); аускультация (выслушивание); перкуссия (выстукивание); лабораторные, инструментальные, электрометрические и др. методы исследования.

План внешнего осмотра.

Внешний осмотр включает общий осмотр и осмотр отдельных частей тела.

Общий осмотр включает: общее состояние пациента, состояние сознания пациента, положение пациента, выражение лица, осанку, походку, телосложение, конституциональный тип, кожные покровы, их дериваты, состояние подкожно-жировой клетчатки, состояние питания (упитанность), состояние лимфатических узлов, состояние мышечной системы, костной системы и суставов.

Наблюдение необходимо проводить при рассеянном дневном свете или ярком искусственном освещении, причём источник света должен находиться сбоку, так более рельефно выделяются контуры различных частей тела.

Состояния пациента по степени тяжести.

Удовлетворительное - Больной активен, свободно передвигается, прямая осанка, уверенная походка, испытывает желание к общению, адекватная реакция на окружающих и свое состояние, сознание ясное, выражение лица спокойное, осмысленное, достаточного питания, могут проявляться симптомы заболевания, но их наличие не мешает больному быть активным. Трудоспособность полностью сохранена, показатели жизненных функций в пределах физиологической нормы. Наблюдается при выздоровлении, в период ремиссии при длительных хронических заболеваниях.

Средней тяжести - Больной ограничен в движении, большую часть времени находится в постели, часто принимает вынужденное положение, не стремится к общению, однако способен обслуживать себя, сознание ясное, выражение лица спокойное, осмысленное, может быть болезненным, достаточного питания, симптомы заболевания выражены значительно, но непосредственной угрозы жизни в настоящее время нет. Трудоспособность утрачена, способность к самообслуживанию сохранена. Наблюдается в период обострения хронических или острых заболеваний, при травмах, отравлении и др.

Тяжелое - Характеризуется нарушением практически всех показателей: иногда нарушается сознание

(помраченное, ступор, сопор); изменяется выражение лица (страдание, страх, безразличие); больные занимают пассивное или вынужденное положение; отмечается нарушение питания (исхудание или ожирение); изменяется психика (неадекватные реакции на окружающих, медперсонал, родственников). Это состояние характерно для декомпенсированных больных с заболеваниями сердца, почек, эндокринных желез; онкологических и инфекционных больных, а также в период после операций, травм, ранений.

Крайне тяжелое - Характеризуется осложненным течением болезни, которая может привести к летальному исходу. Резкое ухудшение функциональной деятельности жизненно важных органов и систем, пассивное положение пациента, безразличное или страдальческое выражение лица (лицо Гиппократ), затруднение или отсутствие контакта с окружающими. Значительные нарушения дыхания и кровообращения, тяжелые расстройства в деятельности пищеварительной и мочевыделительной систем. Сознание может оставаться ясным, но чаще нарушено в виде ступора, сопора или полностью отсутствует (кома). Наблюдается при коматозных состояниях различной этиологии, шоке, агонии.

Состояние сознания пациента.

- **Ясное (*sensorium lucidum*)** - характеризуется правильной ориентацией в пространстве, адекватным поведением, своевременными и корректными ответами на вопросы сохранением всех рефлексов.
- **Помраченное (*obnubilatio mentalis*)** - расстройство отражения реального мира, предметов, явлений и их связей, проявляющееся полной невозможностью или неотчетливостью восприятия окружающего, дезориентировкой во времени, месте, окружающих лицах, собственной личности, бессвязностью мышления, частичной или полной амнезией на период помрачения сознания. Больной недостаточно хорошо ориентируется в пространстве, равнодушен к своему состоянию, на вопросы отвечает адекватно, но с опозданием. Наблюдается при инфекционных заболеваниях, эндо-экзоинтоксикации.
- **Ступор (*stupor*)** - состояние обездвиженности, ослепления, нарушение ориентации в пространстве, когда больной на вопросы отвечает неадекватно и с опозданием, рефлексы сохранены, но несколько замедлены. Наблюдается при контузиях, интоксикациях, психических заболеваниях.
- **Сопор (*sopor*)** - состояние глубокого сна, из которого больного можно вывести только сильным раздражителем (окрик, укол, щипок), получив в ответ однозначный звук, движение, взгляд, больной снова "засыпает". Рефлексы сохранены, но вялые. Наблюдается при тяжелых лихорадочных состояниях, отравлениях, почечной недостаточности.
- **Кома (*coma*)** - поверхностная кома: больной без сознания, отвечает на сильные болевые раздражители беспорядочными действиями. Глубокая кома: больной без сознания, нет реакции ни на какие внешние раздражители.

Возможные положения пациента в кровати и их характеристика.

- **Активное** - пациент может самостоятельно, без посторонней помощи, изменить собственное положение в кровати, на стуле, в кресле и т. п.; по собственному желанию или по предложению медицинского персонала свободно перемещаться в палате и за ее пределами, самостоятельно осуществлять мероприятия личной гигиены, принимать еду.
- **Пассивное** - пациент не в состоянии самостоятельно изменять положение в постели, осуществлять мероприятия личной гигиены, принимать еду. Пассивное положение могут занимать больные при тяжелых инфекциях, интоксикациях с поражением центральной нервной системы.
- **Вынужденное** - Положение, которое занимает больной в целях уменьшения болезненных проявлений; при этом уменьшаются болезненные или другие неприятные ощущения — одышка, боль, диспепсические расстройства, облегчающее общее состояние больного.

Характеристика выражения и цвета лица у пациентов с различной патологией.

- **«Лицо Гиппократ»** - бледно-серое с заостренными чертами, страдальческим выражением, каплями холодного пота) - при острых тяжелых заболеваниях и повреждениях органов брюшной полости, при перитоните («катастрофа» в брюшной полости).
- **«Одутловатое»** - бледное, маловыразительное, с отеками век, узкими глазными щелями) - при болезнях почек.
- **«Лицо Корвизара»** - желтовато-бледное с синюшным оттенком, одутловатое, с тусклыми глазами, полуоткрытым ртом, цианотичными губами) - при сердечной декомпенсации.
- **«Митральное лицо»** - молодой вид, характерный румянец щек с цианотичным оттенком, цианоз спинки и кончика носа - «митральная бабочка», губ, ушей - при митральном пороке сердца.
- **«Лицо Базедова»** - оживленная мимика, глаза блестят, глазные щели широкие, пучеглазие, выражение «застывшего ужаса», постоянного напряжения или испуга на лице - при повышенной функции щитовидной железы (тиреотоксикозе).
- **«Микседематозное»** - «Тупое», невыразительное, одутловатое, с вялой мимикой, безразличным взглядом,

узкими глазными щелями — при пониженной функции щитовидной железы (гипотиреозе).

- «*Лунообразное*» - красное, лоснящееся лицо с бородой и усами у женщин - при болезни Иценко-Кушинга (гиперфункция коры надпочечников).
- «*Акромегалическое*» - увеличенные нос, губы, надбровные дуги, нижняя челюсть, язык, зубы редкие — при акромегалии (гиперфункция передней доли гипофиза).
- «*Лихорадочное лицо*» - гиперемия лица, выражение возбужденное, блеск глаз, сухость губ — при инфекционных заболеваниях с высокой температурой; у больных с крупозной пневмонией иногда наблюдается румянец на стороне поражения, часто пузырьковидные (герпетические) высыпания на губах.
- «*Лицо алкоголика*» - покрасневшее с расширенными венами щек и носа, «пустым» взглядом — при хроническом алкоголизме.

Правильная осанка важна не только с эстетической, но и с физиологической точки зрения. Правильная (нормальная) осанка имеет характерные признаки:

- голова расположена ровно, подбородок приподнят;
- остистые отростки позвонков образуют прямую вертикальную линию;
- стороны тела симметричны относительно вертикальной оси;
- линия надплечий горизонтальная;
- углы лопаток расположены на одном уровне;
- кожные складки (ягодичные, подколенные) справа и слева образуют горизонтальную линию;
- длина нижних конечностей одинаковая;
- физиологические изгибы позвоночника умеренно выражены.

Если угол физиологических изгибов позвоночника значительно отклоняется в ту или иную сторону, то возникают различные типы изменений.

Патологические виды осанки и их характеристика.

- *Выпрямленная (плоская)*. При таком виде нарушений физиологические изгибы позвоночного столба значительно сглажены, снижена подвижность ребер. Внешне человек выглядит так, как будто «аршин проглотил». Сутуловатая. Наиболее часто встречающийся вид нарушений, при котором наблюдается увеличение выраженности грудного кифоза и сглаженность поясничного лордоза. При этом лопатки неплотно прилегают к спине, а плечи сведены вперед и опущены.
- *Круглая (синдром круглой спины)*. При этом виде нарушений кифоз грудного отдела позвоночника значительный на всем протяжении. Этот участок позвоночного столба приобретает вид дуги, обращенной выпуклостью кзади, а грудная клетка выглядит запавшей. При этом также наблюдается выпрямление поясничного лордоза, лопатки значительно отстоят от спины, а голова опущена.
- *Кифотическая*. Такое нарушение характеризуется чрезмерной выраженностью физиологических изгибов позвоночника. Голова наклонена вперед, живот выпячен, а колени максимально разогнуты для удержания центра тяжести. Нередко наблюдается опущение внутренних органов из-за гипотрофии и низкого тонуса мышц брюшного пресса. Лордическая. Выраженность поясничного лордоза приводит к тому, что живот выпячивается вперед, а спина выглядит как бы «откинутой» назад, так как грудной кифоз сглажен. Характерна слабость мышц передней брюшной стенки и узкая грудная клетка.
- *Сколиотическая*. Отмечается искривление позвоночника с асимметрией сторон тела и односторонним повышением (или ослаблением) мышечного тонуса. На стороне дуги искривления линия надплечий и угол лопатки приподняты, наблюдается асимметричное расположение сосков, ягодичных и коленных складок, а также разная величина треугольников талии.

Если присутствует торсия (скручивание) позвонков, то такое нарушение принято называть сколиозом. В зависимости от угла кривизны патология классифицируется на 4 степени:

- 1 степень - 1-10°;
- 2 степень - 11-25°;
- 3 степень - 26-40°;
- 4 степень - больше 40°.

Варианты патологической походки.

- *Атактическая* - больной при ходьбе высоко поднимает стопы, излишне сгибая ноги в коленных и тазобедренных суставах, и шумно опускает стопы к полу; походка характерна для больных полиневритом, сухоткой спинного мозга.
- *Спастическая* - больные передвигаются мелкими шагами с трудом сгибая ноги в коленях и отрывая стопы от пола, цепляясь носками за пол; походка обусловлена повышенным тонусом мышц разгибателей голени и сгибателей подошвы в результате поражения пирамидных путей при центральном нижнем парапарезе.

- *Паретическая* - характеризуется медленными движениями с затрудненным поднятием и волочением атоничных ног; обусловлена периферическим нижним парапарезом.
- *Мозжечковая или «пьяная»* - проявляется преимущественно односторонним отклонением (покачиванием) туловища при походке; возникает при заболеваниях мозжечка и при меньеровском синдроме (негнойное заболевание внутреннего уха).
- *Утинная* - наблюдается в случае врожденного вывиха тазобедренных суставов; характеризуется медленными, мелкими шагами, часто хромотой.
- *Петушиная походка* - характеризуется высоким поднятием ног, выбрасыванием их вперед и резким опусканием со звуком шлепка об пол; обусловлена периферическим нижним парапарезом или параличом мышц, разгибающих стопу (отвислая стопа), наблюдается при поражении малоберцового нерва.
- *Кукольная походка* - (подобно манекену, кукле-автомату) характеризуется быстрыми мелкими скользящими шагами без содружественных движений рук с застывшими положениями туловища и головы, обусловлена поражением экстрапирамидных путей и общей мышечной ригидностью при паркинсонизме, церебральном атеросклерозе.
- *Танцующая походка* - больные переступают с ноги на ногу, слегка подпрыгивая (пританцовывают), толчкообразно передвигаются вперед с поворотами и наклонами туловища и головы по сторонам и другими лишними движениями; обусловлена поражением экстрапирамидной системы в виде гиперкинетически-гипотонического синдрома при малой хорее, гепатоцеребральной дистрофии, энцефалите и других нейроинфекциях, интоксикациях, послеродовой травме, атеросклерозе.

Характеристика разных типов телосложения.

- *Нормостенический тип* — это пропорционально сложенный человек с хорошо развитой мускулатурой, с широкими плечами, выпуклой грудью, небольшим упругим животом и средней длиной конечностей с хорошо развитыми на них мышцами. Люди нормостенического типа энергичны, уверены в своих силах. У них отмечается склонность к заболеваниям верхних дыхательных путей, двигательного аппарата, невралгиям, атеросклерозу коронарных сосудов.
- *Гиперстенический тип* - характеризуется большой развитостью в ширину. У таких людей относительно короткое, массивное туловище и короткие конечности. Рост средний и ниже среднего. Голова круглая, череп большой, шея короткая, плечи широкие, крутые, грудная клетка короткая, широкая, живот большой, выпячен. Размеры сердца сравнительно большие, величина легких относительно мала. Лица гиперстенического типа общительны, подвижны, практичны. Они отличаются относительно высоким АД, преобладанием процессов ассимиляции, склонны к ожирению, диабету, гипертонической болезни, инфаркту миокарда, желчекаменной болезни.
- *Астенический тип* - характеризуется преимущественным развитием тела в длину, стройностью и легкостью его строения. Характерны высокий рост, узкая, плоская грудная клетка, покатые плечи, длинная шея, тонкие и длинные конечности, продолговатое лицо, слабое развитие мускулатуры, бледная, тонкая кожа, внутренние органы (сердце, легкие, кишечник и др.) относительно малых размеров. Люди с астеническим типом отличаются повышенной возбудимостью нервной системы, склонностью к птозу (опущению) внутренних органов, неврозам, гипотензии, к туберкулезу, язвенной болезни.

Характеристика элементов первичного поражения кожи.

- *Макула* - пятнышко, непальпируемый, округлой формы участок измененного цвета кожи ≤ 1 см в диаметре. Примером типичной макулы являются веснушки.
- *Пятно* - плоский не пальпируемый участок измененного цвета кожи более 1 см в диаметре. Типичный образец пятна - витилиго.
- *Папулы (узелки)* - приподнятые пальпируемые кожные поражения менее 1 см в диаметре, которые могут отличаться по цвету от окружающей кожи. Пример папулы - приподнятый невус.
- *Бляшки* - приподнятые пальпируемые кожные элементы более 1 см в диаметре. Обычно располагаются в поверхностной дерме и их можно перепутать с папулой.
- *Узлы* - приподнятые пальпируемые кожные элементы более 1 см в диаметре. В отличие от бляшек, узлы или уходят глубоко в дерму, или выступают над ее уровнем. Покрывающий их слой кожи обычно бывает подвижным, так как узлы располагаются под ним.
- *Волдыри* - приподнятые, округлой формы, отечные бляшки, обычно розового или бледноватого цвета. Они имеют временный характер. Пример волдыря - укус комара. Везикулы - приподнятые, округлой формы поражения кожи менее 1 см в диаметре. Содержат прозрачную серозную жидкость. Являются характерными проявлениями герметической инфекции.
- *Пустулы (гнойнички)* - папулы с вязким гнойным содержимым. Представляют собой локализованные скопления воспалительных клеток и сыворотки. Наиболее часто наблюдаются у пациентов с импетиго или акне (угрями).
- *Буллы (пузыри)* - везикулы более 1 см в диаметре. Наблюдаются при ожогах II степени.
- *Пурпура* - представляет собой геморрагическую сыпь в виде пятен. Пальпируемая пурпура никогда не

встречается в норме. Ее появление связано с образованием комплекса антиген-антитело.

- *Петехии* - мелкие плоские очаги красновато-фиолетовой окраски, похожие на макулы и папулы. Проявляются петехии в виде группового высыпания по размерам менее 0,5 см в диаметре.
- *Экхимозы (кровоподтеки)* - кожные поражения красновато фиолетового цвета, превышающие по своему размеру петехии, похожи на пятна и бляшки. Располагаются экхимозы обычно под неизменным эпителиальным слоем.

Характеристика элементов вторичного поражения кожи.

- *Экскориации (расчесы, царапины)* - поражения, связанные с расчесыванием. Зачастую они приподнимаются над поверхностью кожи и имеют линейную форму. Корки на первичных поражениях также являются результатом расчесывания.
- *Лихенификация* - характерное утолщение кожи у пациентов с хроническим зудом и расчесыванием. Лихенифицированная кожа плотная, с подчеркнутым рисунком и небольшим количеством чешуек. Чешуйки - приподнятые поражения, представляющие собой шелушащийся слой кожи. Чешуйки являются утолщением рогового слоя эпидермиса. Они могут иметь различный размер и окраску (чаще белую, сероватую или желтовато-коричневую). Чаще всего встречаются при псориазе и перхоти.
- *Корки (струп)* - приподнятые над поверхностью кожи поражения, представляющие собой засохшую сыроватку и остатки клеточных элементов. Чаще всего струп можно наблюдать при импетиго.
- *Эрозии* - вдавленные элементы, появляющиеся на месте удаленного или некротизированного участка эпидермиса. Чаще всего они влажные, красноватые и имеют хорошо очерченные границы. Типичные эрозии можно наблюдать при ветряной оспе после разрыва везикул.
- *Язвы* - глубокие поражения кожи, возникающие при частичном или полном некрозе участка дермы (а не только эпидермиса). Представляют собой вогнутые, часто мокнущие (иногда воспаленные или даже геморрагические) поражения. Типичной язвой является сифилитический шанкр.
- *Трещины* — это вдавленные поражения в виде узких линейных расщеплений кожи. Глубина поражений достигает, как минимум, дермы. Примером являются трещины на стопах у спортсменов.
- *Атрофия* — это, чаще всего, неспецифическая, заключительная стадия поражения кожи. Характеризуется бледной и блестящей поверхностью с истонченной кожей и отсутствием кожного рисунка.

Дериваты кожи. К дериватам кожи относятся: волосы, ногти, сальные, потовые железы. При осмотре волосяного покрова определяют тип оволосения, выпадение волос, поседение, гипертрихоз (чрезмерное оволосение всего тела).

- Гипертрихоз может быть врожденным, но чаще при опухолях коры надпочечников (синдром Иценко-Кушинга), половых желез.
- Уменьшение роста волос наблюдается при микседеме, циррозах печени, евнухоидизме и инфантилизме.

При осмотре ногтей обращают внимание на то, что здоровые ногти - розовые и гладкие. Определяется их форма, например, в виде «часового стекла» при заболеваниях печени, легких; также обращают внимание на ломкость, цвет, исчерченность ногтей.

Осмотр лимфатических узлов.

Периферические лимфатические узлы группируются в подкожной клетчатке различных областей тела, где могут быть обнаружены пальпаторно, а при значительном увеличении — и визуально. Исследование лимфатических узлов проводят в одноименных симметричных областях, соблюдая определенную последовательность: подчелюстные, затылочные, околоушные, заднешейные, переднешейные, надключичные, подключичные, аксиллярные, кубитальные, паховые, подколленные.

В норме лимфоузлы могут пальпироваться в подчелюстных, паховых и реже в подмышечных областях (до 1 см). Они округлой формы, плотноэластической консистенции, подвижные, безболезненные. Увеличение лимфатических узлов бывает местным и генерализованным.

Увеличение лимфатического узла в какой-либо одной области обычно свидетельствует о наличии воспалительного процесса или метастазирующего опухолевого поражения в органах (тканях), из которых в данный узел оттекает лимфа, либо на патологические изменения аналогичного происхождения в самом лимфатическом узле.

Состояние мышц оценивают визуально, пальпаторно и проверяют их силу. Выраженность мускулатуры конечностей, кроме того, оценивается величиной диаметра конечностей визуально или измерением сантиметровой лентой.

- Атрофические состояния выражены при различных формах прогрессивных мышечных атрофий и дистрофий и при вялых параличах.
- Гипертрофия тех или иных отдельных мышц или мышечных групп - чаще всего является рабочей

гипертрофией.

Тонус мышц оценивается степенью сопротивления, получаемого при пассивных движениях, например, при сгибании и разгибании рук и ног; некоторое представление о тонусе дает и пальпация мышц. Чем плотнее мышцы, тем выше их тонус.

Для определения тонуса мышцы захватывают пальцами, сдавливают и оценивают ощущения по следующим критериям:

- сохранен (хороший – мышцы умеренно плотные, эластичные),
- повышенный (тонус мышц ассиметрично повышен),
- снижен (дряхлость мышц).

Причины изменения мышечного тонуса.

Гипертония мышц - Гипертония мышц затылка имеется при менингитах, гипертония мышц живота - при перитонитах и других воспалительных поражениях органов брюшной полости; воспалительные процессы в суставах и костях могут быть причиной гипертонии отдельных мышечных групп конечностей; гипертония мышц может вызываться и поражением самих мышц - миозитом, внутримышечным кровоизлиянием.

Общая гипотония - Общая гипотония характерна для многих заболеваний - рахита, болезни Дауна, врожденной миотонии, прогрессивной мышечной дистрофии. Гипотония отдельных мышечных групп чаще всего зависит от поражения периферического отдела рефлекторной дуги (невриты, полиомиелит) и обычно сочетается с атрофией этих же мышц.

Осмотр позвоночника.

При осмотре позвоночника отмечается: искривление, ограничение подвижности.

Осмотр конечностей.

При осмотре конечностей определяется пропорциональность их размеров, искривления, состояние конечных фаланг пальцев рук и ног. Оценивается состояние суставов, их конфигурация, подвижность (активная и пассивная), отечность, болезненность, наличие хруста при движениях.

Выявление отеков.

Отек - это форма нарушения водного баланса организма, характеризующаяся накоплением избытка жидкости в межклеточном пространстве и/или полостях тела. Начальные отеки (пастозность), в основном кожи и подкожной клетчатки, характеризуются побледнением и снижением эластичности кожи, при пальпации определяются появлением неглубоких «ямки» на ограниченных участках (голена), которые быстро исчезают (до 1 минуты).

Методы выявления отеков.

Отеки можно выявить визуально, пальпаторно, скрытые отеки - посредством измерения массы тела, а также, осуществляя контроль за количеством выпитой и выделенной жидкости (диурез).

Визуальный метод заключается в сравнении симметричных участков конечностей, обращая внимание на их размеры, выраженность контуров подкожных вен, сухожилий и костей, состояние кожных покровов (припухлость, блеск, дистрофические явления).

Пальпаторно отеки выявляют следующим образом: кончиками пальцев надавливают на кожу, расположенную вблизи подлежащей кости (большеберцовая, крестцовая, тыльная поверхность стопы и кисти) - появление ямки в месте пальпации свидетельствует о наличии отека, которые сохраняются в течение 1-2 мин, за исключением слизистого отека при микседеме (ямки не остаются). Контрольное взвешивание проводится в динамике для выявления скрытых отеков, которые на ранних стадиях не имеют внешних проявлений, а сопровождаются увеличением массы тела.

8. Вопросы по теме занятия

1. Расскажите с чего начинается работа с пациентом.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

2. Охарактеризуйте расспрос, как метод сбора информации о пациенте, назовите кто ввел метод опроса в практику.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

3. Перечислите источники информации о пациенте. Дайте определение понятию «Объективные методы

исследования», перечислите объективные методы исследования.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

4. Перечислите составляющие плана внешнего осмотра пациента.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

5. Охарактеризуйте степени тяжести состояние пациента, определите возможности к самоуходу пациента.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

6. Расскажите, как проходит оценка состояния сознания пациента.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

7. Опишите возможные положения пациента, приведите примеры.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

8. Опишите различные выражения лица пациента, приведите примеры.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

9. Опишите возможные нарушения походки пациента, приведите примеры.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

10. Охарактеризуйте типы телосложения и конституциональный тип.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

11. Расскажите о правилах проведения осмотра кожи и слизистых. Перечислите и опишите элементы первичного поражения кожи.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

12. Перечислите и опишите элементы вторичного поражения кожи. Перечислите и опишите дериваты кожи.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

13. Расскажите о правилах исследования лимфатических узлов.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

14. Расскажите о правилах исследования мышечной системы и позвоночника.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

15. Расскажите об отеках, их возможных причинах, локализации. Назовите и охарактеризуйте виды отечной жидкости; перечислите методы выявления отеков.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. МЕТОД РАССПРОСА ВНЕДРИЛ В ПРАКТИКУ:

- 1) Зиновий Петрович Соловьёв;
- 2) Николай Александрович Семашко;
- 3) Николай Сергеевич Коротков;
- 4) Николай Иванович Пирогов;
- 5) Григорий Антонович Захарьин;

Правильный ответ: 5

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

2. ANAMNESIS MORBI — ЭТО:

- 1) история жизни;
- 2) история лечения;
- 3) история болезни;
- 4) общий опрос;
- 5) исследование организма;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

3. ДАЙТЕ ПРАВИЛЬНУЮ ХАРАКТЕРИСТИКУ АКТИВНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ПАЦИЕНТА:

- 1) пациент не в состоянии самостоятельно изменять положение в постели, осуществлять мероприятия личной гигиены, принимать еду;
- 2) пациент может самостоятельно, без посторонней помощи, изменить собственное положение в кровати, на стуле, в кресле и т. п.; по собственному желанию или по предложению медицинского персонала свободно перемещаться в палате и за ее пределами, самостоятельно осуществлять мероприятия личной гигиены, принимать еду;
- 3) больной занимает это положение в целях уменьшения болезненных проявлений; при этом уменьшаются болезненные или другие неприятные ощущения — одышка, боль, диспепсические расстройства, облегчающее общее состояние больного;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

4. ОПРЕДЕЛИТЕ ХАРАКТЕРИСТИКУ ЯСНОГО СОЗНАНИЯ:

- 1) больной без сознания, нет реакции ни на какие внешние раздражители;
- 2) правильная ориентация пациента в пространстве, адекватное поведение, своевременные и корректные ответы на вопросы, сохранение всех рефлексов;
- 3) расстройство отражения реального мира, предметов, явлений и их связей, проявляющееся полной невозможностью или неотчетливостью восприятия окружающего, дезориентировкой во времени, месте, окружающих лицах, собственной личности, бессвязностью мышления, частичной или полной амнезией на период помрачения сознания. Больной недостаточно хорошо ориентируется в пространстве, равнодушен к своему состоянию, на вопросы отвечает адекватно, но с опозданием;
- 4) состояние бездвиженности, остолбенения, нарушение ориентации в пространстве, когда больной на вопросы отвечает неадекватно и с опозданием, рефлексы сохранены, но несколько замедлены;
- 5) состояние глубокого сна, из которого больного можно вывести только сильным раздражителем (окрик, укол, щипок), получив в ответ однозначный звук, движение, взгляд, больной снова засыпает. Рефлексы сохранены, но вялые;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

5. У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ КОЖА ЛИЦА:

- 1) с участками акроцианоза;
- 2) бледная;
- 3) иктеричная;
- 4) бледно-розовая с умеренным румянцем на щеках, чистая;
- 5) слегка бледная, чистая;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

6. ОПИШИТЕ «МИТРАЛЬНОЕ ЛИЦО»:

- 1) желтовато-бледное с синюшным оттенком, одутловатое, с тусклыми глазами, полуоткрытым ртом, цианотичными губами;
- 2) моложавый вид, характерный румянец щек с цианотичным оттенком, цианоз спинки и кончика носа - «митральная бабочка», губ, ушей - при митральном пороке сердца;
- 3) бледное, маловыразительное, с отеками век, узкими глазными щелями;
- 4) невыразительное, одутловатое, с вялой мимикой, безразличным взглядом, узкими глазными щелями — при пониженной функции щитовидной железы (гипотиреозе);
- 5) покрасневшее с расширенными венами щек и носа, «пустым» взглядом — при хроническом алкоголизме;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

7. ОПРЕДЕЛИТЕ НАРУШЕНИЕ ОСАНКИ: ПРИ ТАКОМ ВИДЕ НАРУШЕНИЙ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗГИБЫ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА ЗНАЧИТЕЛЬНО СГЛАЖЕНЫ, СНИЖЕНА ПОДВИЖНОСТЬ РЕБЕР. ВНЕШНЕ ЧЕЛОВЕК ВЫГЛЯДИТ ТАК, КАК БУДТО «АРШИН ПРОГЛОТИЛ»:

- 1) кифотическая;
- 2) сутуловатая;
- 3) выпрямленная;
- 4) лордическая;
- 5) сколиотическая;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

8. НАРУШЕНИЕ ПОХОДКИ:

- 1) дистрофия;
- 2) дисбазия;
- 3) дисфазия;
- 4) дизартрия;
- 5) дисфагия;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

9. ОПРЕДЕЛИТЕ ПОХОДКУ ПО ПРЕДСТАВЛЕННОМУ ОПИСАНИЮ: ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ МЕДЛЕННЫМИ ДВИЖЕНИЯМИ С ЗАТРУДНЕННЫМ ПОДНЯТИЕМ И ВОЛОЧЕНИЕМ АТОНИЧНЫХ НОГ; ОБУСЛОВЛЕНА ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ НИЖНИМ ПАРАПАРЕЗОМ:

- 1) танцующая походка;
- 2) кукольная походка;
- 3) петушиная походка;

- 4) паретическая;
- 5) атактическая;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

10. РАЗЛИЧАЮТ КОНСТИТУЦИЮ ЧЕЛОВЕКА:

- 1) гармоничную и негармоничную;
- 2) общую и частную;
- 3) большую и малую;
- 4) простую и сложную;
- 5) гипертрофичную и гипотрофичную;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

11. ОПРЕДЕЛИТЕ ТИП ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ: ПРОПОРЦИОНАЛЬНО СЛОЖЕННЫЙ ЧЕЛОВЕК С ХОРОШО РАЗВИТОЙ МУСКУЛАТУРОЙ, С ШИРОКИМИ ПЛЕЧАМИ, ВЫПУКЛОЙ ГРУДЬЮ, НЕБОЛЬШИМ УПРУГИМ ЖИВОТОМ И СРЕДНЕЙ ДЛИНОЙ КОНЕЧНОСТЕЙ С ХОРОШО РАЗВИТЫМИ НА НИХ МЫШЦАМИ. ЛЮДИ ЭТОГО ТИПА ЭНЕРГИЧНЫ, УВЕРЕНЫ В СВОИХ СИЛАХ. У НИХ ОТМЕЧАЕТСЯ СКЛОННОСТЬ К ЗАБОЛЕВАНИЯМ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА, НЕВРАЛГИЯМ, АТЕРОСКЛЕРОЗУ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ:

- 1) нормостенический тип;
- 2) гиперстенический тип;
- 3) астенический тип;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

12. СТЕПЕНЬ НАПРЯЖЕНИЯ ТКАНЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ СОСТОЯНИЕМ ИННЕРВАЦИИ, КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ И ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ, ЭЛАСТИЧНОСТЬ, ГИБКОСТЬ ИЛИ ПОДАТЛИВОСТЬ КОЖИ — ЭТО:

- 1) толщина подкожного слоя;
- 2) степень толщины кожи;
- 3) тургор кожи;
- 4) влажность кожи;
- 5) тонус кожи;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

13. ОПРЕДЕЛИТЕ ЛИШНЕЕ: В СЛУЧАЕ НОРМАЛЬНОГО ТОНУСА ЧУВСТВУЕТСЯ, ЧТО КОЖА:

- 1) плотная;
- 2) упругая;
- 3) имеет достаточную толщину и не отделяется от подкожной клетчатки;
- 4) мгновенно расправляется после снятия пальцев с кожной складки;
- 5) расправляется после снятия пальцев с кожной складки медленно;

Правильный ответ: 5

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

14. ОПРЕДЕЛИТЕ ПО ОПИСАНИЮ ЭЛЕМЕНТ ПЕРВИЧНОГО ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ: ПРИПОДНЯТЫЕ ПАЛЬПИРУЕМЫЕ КОЖНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ МЕНЕЕ 1 СМ В ДИАМЕТРЕ, КОТОРЫЕ МОГУТ ОТЛИЧАТЬСЯ ПО ЦВЕТУ ОТ ОКРУЖАЮЩЕЙ КОЖИ. ПРИМЕР - ПРИПОДНЯТЫЙ НЕВУС:

- 1) папулы (узелки);
- 2) макула;
- 3) узлы;
- 4) бляшки;
- 5) пятно;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

15. ГИПЕРТОНИЯ МЫШЦ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИ - ОТМЕТЬТЕ ЛИШНЕЕ:

- 1) менингитах;
- 2) перитонитах;
- 3) воспалительных процессах в суставах, костях;
- 4) миозитах внутримышечном кровоизлиянии;
- 5) гипотонии;

Правильный ответ: 5

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

16. ФОРМА НАРУШЕНИЯ ВОДНОГО БАЛАНСА ОРГАНИЗМА, ХАРАКТЕРИЗУЮЩАЯСЯ НАКОПЛЕНИЕМ ИЗБЫТКА

ЖИДКОСТИ В МЕЖКЛЕТОЧНОМ ПРОСТРАНСТВЕ И/ИЛИ ПОЛОСТЯХ ТЕЛА— ЭТО:

- 1) опухоль;
- 2) отек;
- 3) судороги;
- 4) дистрофия;
- 5) гидроторакс;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Больной активен, свободно передвигается, прямая осанка, уверенная походка, испытывает желание к общению, адекватная реакция на окружающих и свое состояние, выражение лица спокойное, осмысленное, кожа лица бледно-розовая с умеренным румянцем на щеках, чистая, пациент достаточного питания, симптомы заболевания, не мешают больному быть активным. Трудоспособность полностью сохранена, показатели жизненных функций в пределах физиологической нормы. Пациент в периоде ремиссии. определите степень тяжести состояния пациента состояния пациента удовлетворительное

Вопрос 1: определите степень тяжести состояния пациента;

Вопрос 2: проведите оценку состояния сознания пациента;

Вопрос 3: проведите оценку положения пациента: выявите, есть ли нарушения походки пациента;

Вопрос 4: оцените выражение лица пациента, состояние кожи;

Вопрос 5: Проведите: оценку телосложения пациента (волонтера), определите конституциональный тип, определите наличие или отсутствие элементов первичного и вторичного поражения кожи, дериватов кожи; оцените влажность и тургор кожи; пропальпируйте лимфатические узлы: подчелюстные, затылочные, околоушные, заднешейные, переднешейные, надключичные, подключичные, аксиллярные; проведите оценку мышечной системы, позвоночника; наличие или отсутствие отеков. проведите измерение артериального давления, пульса, частоты дыхательных движений, температуры тела.;

1) состояния пациента удовлетворительное;

2) сознание пациента ясное;

3) положение пациента активное, нарушения походки отсутствуют;

4) выражение лица обычное, цвет кожи лица здоровый;

5) Работая в парах студенты проводят оценку телосложения пациента (волонтера), определите конституциональный тип, определите наличие или отсутствие элементов первичного и вторичного поражения кожи, дериватов кожи; оцените влажность и тургор кожи; пропальпируйте лимфатические узлы: подчелюстные, затылочные, околоушные, заднешейные, переднешейные, надключичные, подключичные, аксиллярные; проведите оценку мышечной системы, позвоночника; наличие или отсутствие отеков; проводят измерение артериального давления, пульса, частоты дыхательных движений, температуры тела.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-10, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

2. Больной ограничен в движении, походка равномерная, большую часть времени находится в постели, часто принимает вынужденное положение, не стремится к общению, однако способен обслуживать себя, сознание ясное, выражение лица спокойное, осмысленное, может быть болезненным, цвет лица слегка бледный, пациент достаточного питания, симптомы заболевания выражены значительно, но непосредственной угрозы жизни в настоящее время нет. Трудоспособность утрачена, способность к самообслуживанию сохранена. Пациент находится в период обострения хронического заболевания.

Вопрос 1: Определите степень тяжести состояния пациента;

Вопрос 2: Проведите оценку состояния сознания пациента;

Вопрос 3: Проведите оценку положения пациента, выявите, есть ли нарушения походки пациента;

Вопрос 4: Оцените выражение лица пациента, состояние кожи;

Вопрос 5: Работая в парах проведите: оценку телосложения пациента (волонтера), определите конституциональный тип, определите наличие или отсутствие элементов первичного и вторичного поражения кожи, дериватов кожи; оцените влажность и тургор кожи; пропальпируйте лимфатические узлы: подчелюстные, затылочные, околоушные, заднешейные, переднешейные, надключичные, подключичные, аксиллярные; проведите оценку мышечной системы, позвоночника; наличие или отсутствие отеков. Проведите измерение артериального давления, пульса, частоты дыхательных движений, температуры тела;

1) состояния пациента средней тяжести;

2) сознание пациента ясное;

3) положение пациента вынужденное, нарушения походки отсутствуют;

4) выражение лица обычное, цвет кожи лица бледный;

5) работая в парах студенты проводят оценку телосложения пациента (волонтера), определите конституциональный тип, определите наличие или отсутствие элементов первичного и вторичного поражения кожи, дериватов кожи; оцените влажность и тургор кожи; пропальпируйте лимфатические узлы: подчелюстные, затылочные, околоушные, заднешейные, переднешейные, надключичные, подключичные, аксиллярные; проведите оценку мышечной системы, позвоночника; наличие или отсутствие отеков; проводят измерение

артериального давления, пульса, частоты дыхательных движений, температуры тела;
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-10, ПК-1.3, ПК-1.2, ПК-1.1, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

3. Пациент поступил с отравлением. У пациента расстройство отражения реального мира, проявляющееся полной невозможностью восприятия окружающего, дезориентировкой во времени, месте, окружающих лицах, собственной личности, бессвязностью мышления, частичной амнезией. Больной недостаточно хорошо ориентируется в пространстве, равнодушен к своему состоянию, на вопросы отвечает адекватно, но с опозданием; лицо бледно-серое с заостренными чертами, страдальческим выражением, каплями холодного пота; пациент не в состоянии самостоятельно изменять положение в постели, осуществлять мероприятия личной гигиены, принимать еду; отмечается нарушение питания, пациент недостаточного питания; со стороны психики - неадекватные реакции на окружающих, медперсонал, родственников.

Вопрос 1: Определите степень тяжести состояния пациента;

Вопрос 2: Проведите оценку состояния сознания пациента;

Вопрос 3: Проведите оценку положения пациента;

Вопрос 4: Оцените выражение лица пациента, состояние кожи;

Вопрос 5: Работая в парах проведите: оценку телосложения пациента (волонтера), определите конституциональный тип, определите наличие или отсутствие элементов первичного и вторичного поражения кожи, дериватов кожи; оцените влажность и тургор кожи; пропальпируйте лимфатические узлы: подчелюстные, затылочные, околоушные, заднешейные, переднешейные, надключичные, подключичные, аксиллярные; проведите оценку мышечной системы, позвоночника; наличие или отсутствие отеков. Проведите измерение артериального давления, пульса, частоты дыхательных движений, температуры тела.;

1) состояния пациента - тяжелое;

2) сознание пациента помраченное;

3) положение пациента пассивное;

4) выражение лица - «лицо Гиппократ», лицо бледно-серое с заостренными чертами, страдальческим выражением;

5) Работая в парах студенты проводят оценку телосложения пациента (волонтера), определите конституциональный тип, определите наличие или отсутствие элементов первичного и вторичного поражения кожи, дериватов кожи; оцените влажность и тургор кожи; пропальпируйте лимфатические узлы: подчелюстные, затылочные, околоушные, заднешейные, переднешейные, надключичные, подключичные, аксиллярные; проведите оценку мышечной системы, позвоночника; наличие или отсутствие отеков; проводят измерение артериального давления, пульса, частоты дыхательных движений, температуры тела.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-10, ПК-1.1, ПК-1.3, ПК-1.2, ПК-2.3, ПК-2.1, ПК-2.2

4. Пациент поступил с тяжелым отравлением. Наблюдается резкое ухудшение функциональной деятельности жизненно важных органов и систем, пациент не в состоянии самостоятельно изменять положение в постели, осуществлять мероприятия личной гигиены, принимать еду. Лицо бледно-серое с заостренными чертами, страдальческим выражением, каплями холодного пота. Отсутствует контакт с окружающими. Наблюдаются значительные нарушения дыхания и кровообращения, тяжелые расстройства в деятельности пищеварительной и мочевыделительной систем. Пациент находится в состоянии глубокого сна, из которого его можно вывести только криком, в ответ однозначный звук и больной снова "засыпает". Рефлексы сохранены, но вялые.

Вопрос 1: Определите степень тяжести состояния пациента;

Вопрос 2: Проведите оценку состояния сознания пациента;

Вопрос 3: Проведите оценку положения пациента;

Вопрос 4: Оцените выражение лица пациента, состояние кожи;

Вопрос 5: Работая в парах проведите: оценку телосложения пациента (волонтера), определите конституциональный тип, определите наличие или отсутствие элементов первичного и вторичного поражения кожи, дериватов кожи; оцените влажность и тургор кожи; пропальпируйте лимфатические узлы: подчелюстные, затылочные, околоушные, заднешейные, переднешейные, надключичные, подключичные, аксиллярные; проведите оценку мышечной системы, позвоночника; наличие или отсутствие отеков. Проведите измерение артериального давления, пульса, частоты дыхательных движений, температуры тела.;

1) состояния пациента - крайне тяжелое;

2) сознание пациента нарушено - сопор;

3) положение пациента пассивное;

4) выражение лица - «лицо Гиппократ», лицо бледно-серое с заостренными чертами;

5) Работая в парах студенты проводят оценку телосложения пациента (волонтера), определите конституциональный тип, определите наличие или отсутствие элементов первичного и вторичного поражения кожи, дериватов кожи; оцените влажность и тургор кожи; пропальпируйте лимфатические узлы: подчелюстные, затылочные, околоушные, заднешейные, переднешейные, надключичные, подключичные, аксиллярные; проведите оценку мышечной системы, позвоночника; наличие или отсутствие отеков; проводят измерение артериального давления, пульса, частоты дыхательных движений, температуры тела.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-10, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.3, ПК-2.2, ПК-2.1

5. У пациента состояние бездвиженности, остолбенения, нарушение ориентации в пространстве, когда больной на

вопросы отвечает неадекватно и с опозданием, рефлексы сохранены, но несколько замедлены. Больной занимает положение сидя, упираясь в кровать руками; при этом ему легче дышать. Осанка пациента характеризуется чрезмерной выраженностью физиологических изгибов позвоночника. Голова наклонена вперед, живот выпячен, а колени максимально разогнуты для удержания центра тяжести. Пациент пропорционально сложен. Наблюдается опущение внутренних органов из-за гипотрофии и низкого тонуса мышц брюшного пресса. Походка пациента характеризуется медленными, мелкими шагами, часто хромотой. Наблюдается гиперемия лица, выражение возбужденное, глаза блестят, губы сухие на губах герпетические высыпания.

Вопрос 1: Проведите оценку состояния сознания пациента;

Вопрос 2: Проведите оценку положения пациента. Определите нарушение осанки.;

Вопрос 3: Оцените выражение лица пациента, состояние кожи;

Вопрос 4: Определите вид патологической походки. Оцените тип телосложения;

Вопрос 5: Работая в парах проведите: оценку телосложения пациента (волонтера), определите конституциональный тип, определите наличие или отсутствие элементов первичного и вторичного поражения кожи, дериватов кожи; оцените влажность и тургор кожи; пропальпируйте лимфатические узлы: подчелюстные, затылочные, околоушные, заднешейные, переднешейные, надключичные, подключичные, аксиллярные; проведите оценку мышечной системы, позвоночника; наличие или отсутствие отеков. Проведите измерение артериального давления, пульса, частоты дыхательных движений, температуры тела;

1) сознание пациента нарушено - сопор;

2) положение пациента вынужденное. Осанка кифотическая.;

3) выражение лица - «Лихорадочное лицо» - гиперемия лица, выражение возбужденное, глаза блестят, губы сухие на губах герпетические высыпания;

4) Походка утиная. Нормостенический тип телосложения.;

5) Работая в парах студенты проводят оценку телосложения пациента (волонтера), определите конституциональный тип, определите наличие или отсутствие элементов первичного и вторичного поражения кожи, дериватов кожи; оцените влажность и тургор кожи; пропальпируйте лимфатические узлы: подчелюстные, затылочные, околоушные, заднешейные, переднешейные, надключичные, подключичные, аксиллярные; проведите оценку мышечной системы, позвоночника; наличие или отсутствие отеков; проводят измерение артериального давления, пульса, частоты дыхательных движений, температуры тела.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-10, ПК-1.3, ПК-1.2, ПК-1.1, ПК-2.3, ПК-2.2, ПК-2.1

11. Примерная тематика НИРС по теме

1. Оценка функционального состояния пациента. Изучение теоретического материала по теме: Оценка функционального состояния пациента. Отработка практических навыков: измерение температуру тела, измерение пульса, измерение артериального давления, подсчет частоты дыхательных движений, измерение температуры тела. Оценка показателей и их характеристика (устно). Владеть методикой измерения А/Д, пульса, частоты дыхательных движений (ЧДД).

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Двойников, С. И. [Сестринское дело при инфекционных заболеваниях](#) : учебное пособие / С. И. Двойников, Л. С. Жилина. - 6-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2022. - 300 с. - Текст : электронный.

[Инфекционные болезни](#) : учебник / ред. Н. Д. Ющук, Ю. Я. Венгеров. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 704 с. - Текст : электронный.

- дополнительная:

Рабинович, И. В. [Сестринское дело при инфекционных заболеваниях](#) : учебное пособие для СПО / И. В. Рабинович. - 4-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2022. - 356 с. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». (http://www.consultant.ru/document/cons_doc_law_121895/)

Приказ Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации от 18 декабря 2020 г. N 928н «Об утверждении правил по охране труда в медицинских организациях». ()

1. Тема № 5. Оценка функционального состояния пациента. (в интерактивной форме) (Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-10, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: объяснительно-иллюстративный, метод проблемного изложения

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Обеспечение систематического контроля за показателями артериального давления, пульса, частоты дыхательных движений у пациента позволит своевременно заметить изменение в состоянии его здоровья и, возможно, предупредить развитие осложнений. Важно измерение указанных показателей проводить с соблюдением определенных требований, для того, чтобы избежать искажение результатов. Для мониторинга своего состояния пациентам необходимо самим уметь подсчитывать пульс, измерять артериальное давление, уметь подсчитать число дыхательных движений у больного члена семьи, а также вести дневник ежедневного учета показателей, поэтому, сестринский персонал должен обучить пациента правильному измерению показателей, и их регистрации.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** роль обучения в сестринском деле. терапевтическое обучение больных. функции медицинской сестры как преподавателя. требования к медицинской сестре медицинскому брату, как к преподавателю., задачи и сферы обучения в сестринском деле. виды учебных занятий. средства обучения. способ обучения пациента. условия эффективного обучения. этапы процесса обучения., сестринский процесс как метод организации оказания сестринской помощи. цели сестринского процесса. этапы сестринского процесса: первый этап: сестринское обследование пациента (субъективная информация, объективные данные, дополнительная информация); второй этап: сестринская диагностика (сестринские диагнозы, связанные с нарушением различных процессов у пациента); третий этап сестринского процесса: постановка целей и планирование сестринских вмешательств; четвертый этап: реализация запланированных сестринских вмешательств; пятый этап: оценка результатов сестринской деятельности. документирование сестринского процесса., объективные методы исследования: план внешнего осмотра; определение степени тяжести состояния пациента; оценка состояния сознания пациента; оценка положения пациента; определение выражения лица пациента, характеристика; выявление нарушения походки пациента, характеристика; телосложение, конституциональный тип, характеристика; правила проведения осмотра кожи и слизистых; элементы первичного поражения кожи, характеристика; элементы вторичного поражения кожи, характеристика; дериваты кожи, характеристика; исследование лимфатических узлов, характеристика; исследование мышечной системы, позвоночника, характеристика; отеки, виды отечной жидкости, методы выявления отеков., механизмы теплообразования и пути теплоотдачи. понятие о лихорадке. классификация. типы лихорадки. периоды лихорадки. термометрия, виды и устройство термометров. основные способы измерения температуры тела. виды градусников для измерения температуры тела. безопасность при работе с ртутным термометром., правила измерения пульса и его характеристика., правила измерения артериального давления и его характеристика., правила подсчета частоты дыхательных движений и характеристика показателей., **уметь** сестринский процесс. документация к сестринскому процессу., оценка функционального состояния пациента., **владеть**

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** кабинет сестринского дела

- **оснащение занятия:** комплект учебной мебели, посадочных мест, компьютер с возможностью подключения к сети «интернет» и доступом к электронной информационно-образовательной среде

7. Аннотация (краткое содержание темы)

Алгоритм измерение артериального давления

Функциональное назначение простой медицинской услуги – диагностическое, профилактическое.

Оснащение: письменный стол, стул, манекен по уходу многофункциональный (волонтер), кушетка медицинская, емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А», емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б», пакет для утилизации медицинских отходов класса «А», любого (кроме желтого и красного) цвета, пакет для утилизации медицинских отходов класса «Б», желтого цвета, простынь одноразовая, тонометр механический, стетофонендоскоп, салфетка с антисептиком одноразовая, перчатки медицинские нестерильные, формы медицинской документации: лист назначения, шариковая ручка с синими чернилами для медицинской документации. Мероприятия Подготовка к процедуре:

Уточнив информацию о том, что пациенту необходимо измерять артериальное давление, я предупреждаю пациента о том, что, каждый раз, за один час до измерения следует исключить прием пищи, курение, прием тонизирующих напитков, алкоголя, применение симпатомиметиков, включая назальные и глазные капли. А так же, о том, что перед измерением артериального давления следует исключить физическую нагрузку в течении 15-20 минут.

Непосредственно перед измерением, проверяю исправность прибора для измерения артериального давления в соответствии с инструкцией по его применению.

Медицинская сестра\медицинский брат: «Прибор для измерения артериального давления исправен, готов к применению», стетофонендоскоп находится в рабочем состоянии.

Устанавливаю контакт с пациентом: здороваюсь, представляюсь, обозначаю свою роль.

Медицинская сестра\медицинский брат:

-Здравствуйте! Я медицинская сестра\ медицинский брат терапевтического отделения.

Меня зовут _____.

Представьтесь, пожалуйста.

Пациент:

- Иванов Иван Иванович.

Я сверяю ФИО пациента с медицинской документацией. «Пациент идентифицирован в соответствии с медицинской картой стационарного больного (003-У)».

Медицинская сестра\медицинский брат:

-Вам назначена процедура «Измерения артериального давления, Вы согласны на выполнение данной процедуры?»

Пациент:

- да.

Пациент согласен на проведение данной процедуры.

Я объясняю пациенту ход и цель процедуры.

Медицинская сестра\медицинский брат:

Контроль артериального давления необходим для определения дальнейшей тактики вашей терапии».

Пациент:

- хорошо.

Предлагаю или помогаю пациенту занять удобное положение на кушетке, в кровати, лежа на спине, нижние конечности не скрещены, рука разогнута в локтевом суставе, или сидя на стуле. Если измерение проводится в процедурном кабинете, предварительно кладу на кушетку одноразовую простынь.

Медицинская сестра\медицинский брат:

Вам необходимо лечь удобно, я могу Вам в этом помочь?

Пациент:

-хорошо, нет, спасибо (ложится на кушетку).

Медицинская сестра\медицинский брат:

Во время проведения процедуры не разговаривайте, не делайте резких движений.

Пациент:

-хорошо.

Я проверила герметичность упаковки и срок годности одноразовой антисептической салфетки.

Медицинская сестра\медицинский брат:

Герметичность упаковки одноразовой антисептической салфетки не нарушена. Срок годности соответствует сроку хранения.

Провожу гигиеническую обработку рук. Надеваю нестерильные перчатки.

Медицинская сестра\медицинский брат:

-Освободите от одежды руку выше локтевого сгиба или я могу Вам помочь.

Пациент:

Хорошо, нет, спасибо (пациент освобождает руку).

Я прошу пациента расположить руку пациента на уровне сердца ладонью вверх.

Медицинская сестра\медицинский брат:

-Положите руку на уровне сердца ладонью вверх.

Пациент:

-Хорошо (кладет руку на уровне сердца ладонью вверх).

Размер манжеты соответствует обхвату плеча пациента.

Выполнение процедуры:

Я накладываю манжету тонометра на плечо пациента, на рукав, в один тур. Проверяю, чтобы между манжетой и поверхностью плеча помещалось два пальца, убеждаюсь, что нижний край манжеты располагается на 2,5 см выше локтевой ямки. Одной рукой определяю пульс на лучевой артерии, другой рукой закрываю вентиль груши тонометра. Нагнетаю воздух грушей тонометра до исчезновения пульса в области лучезапястного сустава, фиксирую показания тонометра в момент исчезновения пульса в области лучезапястного сустава.

Медицинская сестра\медицинский брат:

Пульсовые волны прекратились на цифре 120 мм.рт.ст., спускаю воздух из манжеты. Мембрану стетофонендоскопа помещаю у нижнего края манжеты над проекцией локтевой артерии в области локтевой впадины, слегка прижав к поверхности тела. Повторно нагнетаю воздух в манжету до уровня, превышающего полученный результат при пальцевом измерении по пульсу на 30 мм рт.ст. Сохраняя положение стетофонендоскопа, медленно открываю вентиль на груше и спускаю воздух из манжеты. Фиксирую по шкале тонометра появление первого тона Короткова - это значение систолического давления.

Медицинская сестра\медицинский брат:

- Систолический тон зафиксирован на цифре 120 мм. рт. ст. Для контроля полного исчезновения тонов продолжаю аускультацию до снижения давления в манжете на 15-20 мм рт.ст. относительно последнего тона.

Медицинская сестра\медицинский брат:

Диастолический тон зафиксирован на цифре 80 мм. рт. ст. Открываю вентиль и выпускаю воздух из манжеты. Снимаю манжету тонометра с руки пациента. Сообщаю пациенту результат измерения артериального давления.

Медицинская сестра\медицинский брат:

-Ваше артериальное давление равно 120\80 мм. рт. ст.

Уточняю у пациента о его самочувствии, помогаю пациенту принять удобное положение.

Медицинская сестра\медицинский брат:

-Как вы себя чувствуете?

Пациент:

- Хорошо.

Медицинская сестра\медицинский брат:

Пациент чувствует себя удовлетворительно,

-Вы можете встать. Нужна ли Вам моя помощь?

Пациент:

-Нет, спасибо.

Медицинская сестра\медицинский брат:

-Вы можете пройти в палату.

Окончание процедуры:

Я вскрываю упаковку, извлекаю из нее антисептическую салфетку, упаковку скидываю в емкость для сбора отходов класса «А». Обрабатываю мембрану и оливы стетофонендоскопа салфеткой с антисептиком, салфетку и одноразовую пленку (в случае измерения АД в процедурном кабинете) скидываю в емкость для сбора отходов класса «Б». Снимаю перчатки, помещаю их в емкость для сбора медицинских отходов класса «Б». Обрабатываю руки гигиеническим способом. Записываю результаты в медицинскую карту пациента. Об изменении артериального давления у пациента сообщить врачу.

Примечание: Измерение должно проводиться в спокойной комфортной обстановке при комнатной температуре, после адаптации пациента к условиям кабинета в течение не менее 5-10 мин. За один час до измерения следует исключить прием пищи, курение, прием тонизирующих напитков, алкоголя, применение симпатомиметиков, включая назальные и глазные капли. Артериальное давление допускается определять в положении "сидя" (наиболее распространено), "лежа" и "стоя", однако во всех случаях необходимо обеспечить положение руки, при котором середина манжеты находится на уровне сердца. Каждые 5 см смещения середины манжеты относительно уровня сердца приводят к превышению или занижению значений измерения артериального давления на 4 мм рт.ст. В положении "сидя" измерение проводят у пациента, располагающегося в удобном кресле или на стуле, с опорой на спинку, с исключением скрещивания ног. Необходимо учитывать, что глубокое дыхание приводит к повышенной изменчивости артериального давления, поэтому необходимо информировать об этом пациента до начала измерения. Рука пациента должна быть удобно расположена на столе рядом со стулом и лежать неподвижно с упором в области локтя до конца измерения. При недостаточной высоте стола необходимо использовать специальную подставку для руки. Не допускается положение руки "на весу". Для проведения измерения артериального давления в положении "стоя" необходимо использовать специальные упоры для поддержки руки либо во время измерения поддерживать руку пациента в районе локтя. Повторные измерения проводятся с интервалом не менее 2 мин. Во время первого визита пациента необходимо измерить артериальное давление на обеих руках. В дальнейшем целесообразно проводить эту процедуру только на одной руке, всегда отмечая, на какой именно. При выявлении устойчивой значительной асимметрии (более 10 мм рт.ст. для систолического артериального давления и 5 мм рт.ст. - для диастолического артериального давления) все последующие измерения проводят на руке, где по результатам измерения были получены более высокие значения артериального давления. В противном случае измерения проводят, как правило, на "нерабочей" руке. Если первые два измерения артериального давления отличаются между собой не более чем на 5 мм рт.ст., измерения прекращают и за уровень артериального давления принимают среднее значение этих величин. Если значения отличаются друг от друга более чем на 5 мм рт.ст., проводят третье измерение, которое сравнивают по приведенным выше правилам со вторым, а затем, при необходимости, и четвертым измерением. Если в ходе этого цикла выявляется прогрессивное снижение артериального давления, то необходимо дать дополнительное время для расслабления пациента. Если отмечаются разнонаправленные колебания артериального давления, то дальнейшие измерения прекращают и вычисляют среднее трех последних измерений (при этом исключают максимальные и минимальные значения артериального давления). Артериальное давление рекомендуется измерять в одни и те же часы суток, после 10-15-минутного отдыха, на правой руке (первый раз на обеих руках), трехкратно с интервалом в 3 мин. Предпочтительнее располагать манжету на уровне сердца. Для определения артериального давления у детей используют возрастные манжеты. Ширина манжеты должна составлять половину окружности плеча ребенка. Манжета тонометра должна соответствовать возрасту и должна быть равна окружности плеча. Выпускаются специальные, соответствующие возрасту манжеты шириной 3,5-13 см. Размеры манжеты для измерения артериального давления:

- до 1 года - 2,5 см;
- от 1 до 3 лет - 5-6 см;
- от 4 до 7 лет - 8-8,5 см;
- от 8 до 9 лет - 9 см;
- от 10 до 13 лет - 10 см;
- от 14 до 18 лет - 13 см.

Новорожденным детям измерение артериального давления проводят:

- на голени манжетой М-130,

- на бедре - манжетой М-180,
- на височной артерии - М- 55.

Измерение артериального давления с использованием автоматических тонометров проводится в соответствии с инструкцией к прибору. Оценку результатов проводят сопоставлением полученных данных с установленными нормативами (для относительно здорового человека):

Нормотензия Гипертензия

День < 135/85 ≥ 140/90

Ночь <120/70 ≥ 125/75

Значение артериального давления у детей нормотензия:

- новорожденные - 70/85;
- дети от одного года до 5 лет - 80+2n;
- дети от 5 до 15 лет - 100+n (n- число лет)

Пациент должен быть информирован о предстоящем исследовании. Информация об измерении артериального давления, сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели данного исследования. Письменного подтверждения согласия пациента или его законного представителя на измерение артериального давления не требуется, так как данный диагностический метод не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента.

Алгоритм измерения артериального пульса.

Функциональное назначение простой медицинской услуги - диагностическое, профилактическое.

Оснащение: письменный стол, стул, манекен по уходу многофункциональный (волонтер), кушетка медицинская, емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А», емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б», пакет для утилизации медицинских отходов класса «А», любого (кроме желтого и красного) цвета, пакет для утилизации медицинских отходов класса «Б», желтого цвета, секундомер, перчатки медицинские нестерильные, антисептик для гигиенической обработки рук, формы медицинской документации: лист назначения, шариковая ручка с синими чернилами для медицинской документации.

Мероприятия \Подготовка к процедуре:

Уточнив информацию о том, что пациенту необходимо измерять артериальный пульс, я предупреждаю пациента о том, что, каждый раз, за один час до измерения следует исключить прием пищи, курение, прием тонизирующих напитков, алкоголя, применение симпатомиметиков, включая назальные и глазные капли. А также, о том, что перед измерением следует исключить физическую нагрузку в течении 15-20 минут. Непосредственно перед измерением, проверяю исправность секундомера

Медицинская сестра: «секундомер в рабочем состоянии».

Устанавливаю контакт с пациентом: здороваюсь, представляюсь, обозначаю свою роль.

Медицинская сестра:

-Здравствуйте! Я постовая медицинская сестра терапевтического отделения. Меня зовут _____.
Представьтесь, пожалуйста. Назовите дату рождения.

Пациент:

- Иванов Иван Иванович. 11 ноября 1989 г.

Я сверяю ФИО пациента с медицинской документацией. «Пациент идентифицирован в соответствии с медицинской картой стационарного больного (003-У)».

Медицинская сестра:

-Вам назначена процедура «Измерения артериального пульса». Вы согласны на выполнение данной процедуры?

Пациент:

да.

Пациент согласен на проведение данной процедуры» Я объясняю пациенту ход и цель процедуры.

Медицинская сестра:

-Контроль артериального пульса необходим для определения дальнейшей тактики вашей терапии.

Пациент:

хорошо.

Предлагаю или помогаю пациенту занять удобное положение на кушетке, в кровати, лежа на спине, нижние конечности не скрещены, рука разогнута в локтевом суставе, или сидя на стуле. Если измерение проводится в процедурном кабинете, предварительно кладу на кушетку одноразовую простынь.

Медицинская сестра:

Вам необходимо лечь удобно, я могу Вам в этом помочь?

Пациент:

-хорошо, нет, спасибо (ложится на кушетку).

Медицинская сестра:

Во время проведения процедуры не разговаривайте, не делайте резких движений.

Пациент:

хорошо.

Провожу гигиеническую обработку рук. Надеваю нестерильные перчатки.

Медицинская сестра:

-Освободите от одежды руки выше запястья или я могу Вам помочь.

Пациент:

хорошо, нет, спасибо (пациент освобождает руки).

Я прошу пациента расположить руки пациента на уровне сердца ладонью вверх.

Медицинская сестра:

положите руку на уровне сердца ладонями вверх.

Пациент: - хорошо (кладет руки на уровне сердца ладонью вверх).

Выполнение процедуры:

Я Прижал 2,3,4- м пальцами лучевые артерии на обеих руках пациента, почувствовал пульсацию, у грудного ребенка пульс прощупывается на сонной артерии или височной артерии. Определил симметричность пульса. Если пульс симметричен, дальнейшее исследование можно проводить на одной руке. Взял часы или секундомер. Предупредил пациента, чтобы во время процедуры он не двигался.

Медицинская сестра:

Пожалуйста, во время процедуры не двигайтесь для получения более точного результата.

Определил с помощью часов или секундомера частоту пульса – количество пульсовых волн в 1 минуту на лучевой артерии. Оценил ритмичность, частоту, наполнение и напряжение пульса. Сообщил пациенту результат.

медицинская сестра:

Иван Иванович, ваш пульс _____ в минуту, ...

Уточняю у пациента его самочувствие, помогаю пациенту принять удобное положение.

Медицинская сестра:

Как вы себя чувствуете?

Пациент:

- хорошо.

Медицинская сестра:

- Пациент чувствует себя удовлетворительно», Вы можете вставать. Нужна ли Вам моя помощь?

Пациент:

-Нет, спасибо.

Медицинская сестра:

-Вы можете пройти в палату, если измерение проводилось в процедурном кабинете.

Окончание процедуры:

Снимаю перчатки, помещаю их в емкость для сбора медицинских отходов класса «Б». Обрабатываю руки гигиеническим способом. Записываю результаты в медицинскую карту пациента. Об изменении артериального давления у пациента сообщить врачу.

Практический навык Измерение температуры тела.

Функциональное назначение простой медицинской услуги - диагностическое.

Оснащение: термометр медицинский (ртутный, электронный или другой, разрешенный к применению); кушетка (при измерении температуры в положении лежа); стул (при измерении температуры в положении сидя), дезинфицирующий раствор для обработки термометра.

Мероприятия Подготовка к процедуре:

Приготовить сухой чистый термометр: проверить его целостность. Температура в стационаре измеряется утром, перед завтраком и вечером перед ужином, если иное не прописано по назначению врача. Я захожу в палату пациента, представляюсь, идентифицирую пациента, сообщаю ему цель и ход процедуры, получаю согласие на ее проведение.

Медицинская сестра:

Здравствуйте, меня зовут _____, я медицинская сестра, представьтесь, пожалуйста, назовите дату рождения.

Пациент:

- Иванов Иван Иванович, 11,05.1978 г. (сказать: пациент идентифицирован).

Медицинская сестра:

Иван Иванович, мне необходимо измерить вам температуру тела. Вы согласны на проведение процедуры?

Пациент:

- Да, согласен.

Медицинская сестра:

- Хорошо.

Провожу гигиеническую обработку рук. Проверяю, чтобы ртутный столбик был ниже значения 35° С, при необходимости стряхиваю ртутный термометр сверху вниз так, чтобы ртуть опустилась по столбику вниз в резервуар. Предлагаю пациенту занять удобное положение, при необходимости помогаю ему.

Медицинская сестра:

-Займите, пожалуйста, удобное положение, нужна ли вам моя помощь?

Пациент:

-Нет.

Провожу гигиеническую обработку рук.

Выполнение процедуры:

Осматриваю подмышечную впадину, при необходимости вытираю насухо салфеткой или прошу пациента сделать это.

Медицинская сестра:

-Осушите, пожалуйста, подмышечную впадину салфеткой, если это необходимо, я могу вам в этом помочь.

Пациент:

-Спасибо, не требуется.

Располагаю, термометр в подмышечной области так, чтобы ртутный резервуар со всех сторон плотно соприкасался с телом пациента Медицинская сестра: прижмите плечо к грудной клетке. Оставляю термометр в подмышечной впадине не менее чем на 5 мин.

Медицинская сестра:

-Держите термометр 5-10 минут, потом я его у Вас заберу.

Пациент:

- Хорошо.

Окончание процедуры:

Извлекаю термометр из подмышечной впадины, произвожу считывание показаний термометра, держа его на уровне глаз. Сообщаю пациенту результаты измерения.

Медицинская сестра:

-Температура у Вас 36.6° С.

Пациент:

-Хорошо.

Встряхиваю термометр сверху вниз так, чтобы ртуть опустилась по столбику вниз в резервуар, помещаю термометр в емкость для дезинфекции. Провожу гигиеническую обработку рук. Записываю результат в температурный лист у.ф. № 004/у.

Примечание: Измерение температуры тела в стационарных условиях проводят, как правило, два раза в сутки: утром с 6 до 9 ч и вечером с 17 до 19 ч; по назначению врача измерение температуры может проводиться чаще, по мере необходимости. Перед измерением температуры пациент нуждается в отдыхе (10-15 мин); проводить измерения не ранее чем через один час после приема пищи; в экстренных ситуациях условие не учитывается. При измерении температуры у пациента с психическими нарушениями необходимо присутствие младшего медицинского персонала во избежание попыток проглатывания термометра или вскрытия вен. При использовании электронного термометра необходимо следовать инструкции по применению данного прибора. Одноразовые химические термометры используют для измерения температуры во рту или в подмышечной области. Термометрию у детей проводят в присутствии медсестры. Данные измерения могут искажаться, если в месте проведения измерения имеется воспалительный процесс или рядом находятся излучающие тепло или холод источники.

Температуру тела детям измеряют натощак в покое, но не ранее чем через 30-40 мин после пробуждения в часы максимального колебания суточной температуры (6 ч 00 мин до 8 ч 00 мин и 16 ч 00 мин до 18 ч 00 мин). При склонности ребенка к резкому повышению температуры тела измерения проводят несколько раз в течение одного

часа или постоянно.

Термометрию ртутным термометром в подмышечной области проводят в течение не менее 10 мин.

У детей раннего возраста следует придерживать термометр, с тем чтобы избежать его смещения. При термометрии в паховой складке ногу ребенка сгибают в тазобедренном суставе. В образовавшейся складке кожи размещают термометр.

Время измерения - не менее 10 мин.

Температура тела, °С Оценка результатов 35,0 и ниже Гипотермия 36,2-36,9 Норма 37,0-38,0 Субфебрильная 38,0-39,0 Фебрильная 39,0-40,0 Пиретическая свыше 40,0 Гиперпиретическая Нормой считается температура тела у пожилых людей 35,0 °С - 36,0 °С, у новорожденных - 37,0 °С - 37,2 °С Пациент должен быть информирован о предстоящем исследовании температуры.

Письменного подтверждения согласия пациента или его законного представителя на измерение температуры не требуется, так как данный диагностический метод не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента

Алгоритм измерения частоты дыхательных движений.

Функциональное назначение простой медицинской услуги - диагностическое, профилактическое.

Оснащение: письменный стол, стул, манекен по уходу многофункциональный (волонтер), кушетка медицинская, емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А», емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б», пакет для утилизации медицинских отходов класса «А», любого (кроме желтого и красного) цвета, пакет для утилизации медицинских отходов класса «Б», желтого цвета, секундомер, перчатки медицинские нестерильные, антисептик для гигиенической обработки рук, нестерильные перчатки, формы медицинской документации: лист назначения, шариковая ручка с синими чернилами для медицинской документации. Мероприятия

Подготовка к процедуре:

Уточнив информацию о том, что пациенту необходимо измерять частоту дыхательных движений, я предупреждаю пациента о том, что, каждый раз, за один час до измерения следует исключить прием пищи, курение, прием тонизирующих напитков, алкоголя, применение симпатомиметиков, включая назальные и глазные капли. А также, о том, что перед измерением следует исключить физическую нагрузку в течении 15-20 минут. Непосредственно перед измерением, проверяю исправность секундомера.

Медицинская сестра:

-секундомер в рабочем состоянии.

Устанавливаю контакт с пациентом: здороваюсь, представляюсь, обозначаю свою роль.

Медицинская сестра:

-Здравствуйте! Я постовая медицинская сестра терапевтического отделения. Меня зовут _____.
Представьтесь, пожалуйста. Назовите дату рождения.

Пациент:

Иванов Иван Иванович. 11 ноября 1989 г.

Я сверяю ФИО пациента с медицинской документацией. «Пациент идентифицирован в соответствии с медицинской картой стационарного больного (003-У)».

Медицинская сестра:

Вам назначена процедура «Измерения артериального «пульса»». Вы согласны на выполнение данной процедуры?

Пациент:

да.

Пациент согласен на проведение данной процедуры» Я объясняю пациенту ход и цель процедуры.

Медицинская сестра:

-Контроль артериального пульса необходим для определения дальнейшей тактики вашей терапии».

Пациент:

хорошо.

Предлагаю или помогаю пациенту занять удобное положение на кушетке, в кровати, лежа на спине.

Медицинская сестра:

Вам необходимо лечь удобно, я могу Вам в этом помочь?

Пациент:

хорошо, нет, спасибо (ложится на кушетку).

Медицинская сестра:

-Во время проведения процедуры не разговаривайте, не делайте резких движений.

Пациент:

хорошо.

Провожу гигиеническую обработку рук. Надеваю нестерильные перчатки.

Медицинская сестра:

Освободите от одежды руки выше запястья или я могу Вам помочь.

Пациент:

- хорошо, нет, спасибо (пациент освобождает руки).

Кладу пальцы правой руки на область лучезапястного сустава пациента, имитируя подсчет частоты пульса. Выполнение процедуры: Взял часы или секундомер. Предупредил пациента, чтобы во время процедуры он не двигался. - Пожалуйста, во время процедуры он не двигайтесь для получения более точного результата. Подсчитал частоту дыхательных движений грудной клетки за минуту, наблюдая за экскурсией грудной клетки у женщин или брюшной стенки у мужчин. Сообщил пациенту результат.

Медицинская сестра:

Иван Иванович, ваш пульс _____ в минуту, ...

Уточняю у пациента о его самочувствии, помогаю пациенту принять удобное положение.

Медицинская сестра:

-Как вы себя чувствуете?

Пациент:

- хорошо.

Медицинская сестра:

- Пациент чувствует себя удовлетворительно», Вы можете вставать. Нужна ли Вам моя помощь?

Пациент:

-Нет, спасибо.

Медицинская сестра:

-Вы можете пройти в палату, если измерение проводилось в процедурном кабинете.

Окончание процедуры:

Снимаю перчатки, помещаю их в емкость для сбора медицинских отходов класса «Б». Обрабатываю руки гигиеническим способом. Записываю результаты в медицинскую карту пациента. Об изменении частоты дыхательных движений у пациента сообщить врачу.

8. Вопросы по теме занятия

1. Расскажите о механизмах теплопродукции и теплоотдачи.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

2. Расскажите об этапах сестринского процесса, охарактеризуйте каждый этап.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

3. Расскажите, как определить артериальный пульс, перечислите его характеристики, назовите нормальные показатели, и правила регистрации показателей.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ОК-10, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

4. Расскажите о безопасности при работе с ртутными термометрами.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

5. Расскажите о термометрии, видах термометров. Назовите основные способы измерения температуры тела.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

6. Дайте понятие о лихорадке. Расскажите о классификации, типах и периодах лихорадки.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

7. Расскажите, как измерить артериальное давление, назовите нормальные показатели, и правила регистрации показателей.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ОК-10, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

8. Расскажите о механизмах внешнего и внутреннего дыхания. Охарактеризуйте типы дыхания. Расскажите, как определить ЧДД, назовите нормальные показатели, и правила регистрации показателей.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ОК-10, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

9. Назовите задачи обучения в сестринском деле. Расскажите о роли обучения в сестринском деле. Перечислите и охарактеризуйте сферы обучения.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

10. Перечислите и охарактеризуйте методы обучения. Перечислите и охарактеризуйте приемы обучения. Охарактеризуйте формальные и неформальные методы обучения.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

11. Расскажите о готовности пациента к усвоению информации. Перечислите и охарактеризуйте этапы процесса обучения.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

12. Расскажите об особенностях формального и неформального обучения. Перечислите условия эффективного обучения. Перечислите принципы обучения пациентов и членов их семей.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ВЫШЕ НОРМЫ:

- 1) гипертония;
- 2) гиподинамия;
- 3) гипертермия;
- 4) гипотония;
- 5) гипотермия;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

2. РИТМ ПУЛЬСА ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО:

- 1) интервалу между пульсовыми волнами;
- 2) напряжению пульсовой волны;
- 3) числу пульсовых ударов в минуту;
- 4) величине артериального давления;
- 5) наполнению пульса;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

3. МЕДИЦИНСКИЙ ПРИБОР ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ:

- 1) урومتر;

- 2) барометр;
- 3) тонометр;
- 4) динамометр;
- 5) отоскоп;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

4. АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ЗАВИСИТ:

- 1) от частоты сокращений сердца;
- 2) от силы сокращений сердца;
- 3) от тонуса артериальной стенки;
- 4) от систолического объема сердца и тонуса артериальной стенки сосудов;
- 5) от частоты сердечных сокращений;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

5. КОЛИЧЕСТВО СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У ВЗРОСЛОГО В НОРМЕ В МИНУТУ:

- 1) 100 - 120;
- 2) 90 - 100;
- 3) 60 - 80;
- 4) 40 - 60;
- 5) 140-160;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

6. ДЛЯ ЭКСПИРАТОРНОЙ ОДЫШКИ ХАРАКТЕРНО:

- 1) учащенное поверхностное дыхание при хронической недостаточности кровообращения;
- 2) затрудненный шумный вдох при стенозе гортани;
- 3) затрудненный выдох вследствие спазма бронхов при бронхиальной астме;
- 4) резко выраженный недостаток воздуха;
- 5) апноэ;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

7. ТИП ДЫХАНИЯ, В КОТОРОМ УЧАСТВУЮТ МЫШЦЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ:

- 1) грудное;
- 2) брюшное;
- 3) везикулярное;
- 4) смешанное;
- 5) пуэрильное;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

8. У ПАЦИЕНТА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ 150/100 ММ. РТ. СТ., КАК НАЗЫВАЕТСЯ ЭТО СОСТОЯНИЕ:

- 1) гипотензия;
- 2) гипертермия;
- 3) гипертензия;
- 4) нормотензия;
- 5) гипертонический криз;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

9. ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ:

- 1) эмоциональных нагрузках;
- 2) инфекционных заболеваниях;
- 3) гипертонической болезни;
- 4) гипотонии;
- 5) гипертоническом кризе;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

10. ЧАСТОТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННОГО В МИНУТУ:

- 1) 18-20;
- 2) 16-20;
- 3) 35-40;
- 4) 40-60;

5) 25-30;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

11. ПО НАПРЯЖЕНИЮ ПУЛЬС РАЗЛИЧАЮТ:

- 1) большой, малый;
- 2) полный, пустой;
- 3) ритмичный, аритмичный;
- 4) правильный, неправильный;
- 5) твердый, мягкий;

Правильный ответ: 5

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

12. ПО НАПОЛНЕНИЮ ПУЛЬС РАЗЛИЧАЮТ:

- 1) большой, малый;
- 2) полный, пустой;
- 3) ритмичный, аритмичный;
- 4) правильный, неправильный;
- 5) быстрый, медленный;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

13. КАКИМИ ПАЛЬЦАМИ ПАЛЬПИРУЮТ ПУЛЬСИРУЮЩУЮ ЛУЧЕВУЮ АРТЕРИЮ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПУЛЬСА:

- 1) большим пальцем;
- 2) вторым и третьим пальцем;
- 3) вторым, третьим и четвертым пальцем;
- 4) вторым, третьим, четвертым пальцем и пятым пальцем;
- 5) вторым пальцем;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

14. МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ:

- 1) Боткина;
- 2) Цельсия;
- 3) Фарингейта;
- 4) Короткова;
- 5) Кельвина;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

15. НОРМАЛЬНЫЕ ЦИФРЫ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ (ММ. РТ. СТ.):

- 1) 120-130;
- 2) 120-129;
- 3) 100-110;
- 4) 70-80;
- 5) 4-60;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Пациент Б., 32 года, после стационарного лечения по поводу язвенной болезни желудка (в настоящее время – стадия ремиссии). Работает продавцом на рынке. Из беседы выяснилось, что рабочий день у него более 8 часов, часто переохлаждается, периодически употребляет алкоголь, курит, в течение дня питается всухомятку, после работы ест много, иногда чувствует тяжесть в желудке. Опасается, что заболевание может повториться.

Вопрос 1: Определите нарушенные потребности.;

Вопрос 2: Сформулируйте проблемы пациента.;

Вопрос 3: Поставьте цели: краткосрочные, долгосрочные.;

Вопрос 4: Составьте план сестринских вмешательств.;

Вопрос 5: Дайте оценку проделанной работе.;

1) Нарушенные потребности: адекватное питание и питьё, поддержание безопасности окружающей среды, труд и отдых.;

2) Проблемы пациента. Настоящие: неблагоприятные условия труда, ненормированный рабочий день, частые переохлаждения, периодически употребление алкоголя, курение, питание всухомятку, ест много после работы, иногда чувствует тяжесть в желудке. Опасается, что заболевание может повториться. Приоритетная проблема:

пациентка опасается, что заболевание может повториться. Потенциальные проблемы: рецидив заболевания.;

3) Цели краткосрочные: демонстрация пациенткой знаний и умений по профилактике рецидива заболевания после проведенного обучения. Цели долгосрочные: отсутствие рецидива заболевания после выписки.;

4) План сестринских вмешательств: Провести беседы и обучающие занятия по темам: режим труда и отдыха, о вреде курения и употребления алкоголя, профилактика переохлаждений, рациональное питание, рациональный режим двигательной активности. О правилах приема лекарственных средств по назначению врача, о необходимости диспансерного наблюдения.;

5) Оценка: к моменту выписки, после проведенного обучения, пациентка демонстрирует знания и умения по профилактике рецидива заболевания, полна решимости изменить образ жизни на здоровый. Цель достигнута.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

2. Пациентка Л., 21 год, студентка. Лечится в гастроэнтерологическом отделении по поводу гастрита с секреторной недостаточностью. Жалобы: сниженный аппетит, дискомфорт в эпигастральной области, бывают нарушения стула (запоры), вялость, быстрая утомляемость. Периодически «садится» на диету, чтобы, по её словам, «не толстеть».

Вопрос 1: Определите нарушенные потребности.;

Вопрос 2: Сформулируйте проблемы пациента.;

Вопрос 3: Поставьте цели: краткосрочные, долгосрочные.;

Вопрос 4: Составьте план сестринских вмешательств.;

Вопрос 5: Дайте оценку проделанной работе.;

1) Нарушенные потребности: адекватное питание и питьё, физиологические отправления, движение, поддержание безопасности окружающей среды.;

2) Проблемы пациента. Настоящие: сниженный аппетит, дискомфорт в эпигастральной области, бывают нарушения стула (запоры), вялость, быстрая утомляемость. Не знает правил питания при гастрите с секреторной недостаточностью. Потенциальные проблемы: рецидив заболевания, ухудшение состояния.;

3) Цели краткосрочные: улучшение состояния пациентки к 5-7 дню адекватной терапии. Цели долгосрочные: демонстрация пациенткой знаний и умений по профилактике рецидива заболевания после проведенного обучения к моменту выписки.;

4) План сестринских вмешательств: Обеспечение лечебно-охранительного режима: Контроль выполнения врачебных назначений. Контроль общего состояния пациента. Измерение артериального давления, артериального пульса, температуры тела. Контроль продуктовых передач. Обеспечение режима эмоциональной безопасности. Контроль режима двигательной активности по назначению врача. Проведение бесед и обучения по темам: правила приема лекарственных средств по назначению врача в домашних условиях, рациональное питание, рациональная двигательная активность, самомассаж живота.;

5) Оценка: к 7-му дню терапии состояние пациентки улучшилось, улучшился аппетит, снизился дискомфорт в эпигастральной области, стул регулярный снизилась вялость и утомляемость. К моменту выписки, после проведенного обучения, пациентка демонстрирует знания и умения по профилактике рецидива заболевания, полна решимости изменить образ жизни на здоровый. Цель достигнута.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.3, ПК-1.2, ПК-1.1, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

3. Пациентка К., 48 лет, проходит амбулаторное лечение. Медицинский диагноз: бронхоэктатическая болезнь, хронический бронхит. Жалобы: слабость, потливость, сильный кашель по утрам, затруднение дыхания. Объективно: ЧДД - 25 в 1 минуту, пульс - 98 в 1 минуту, АД - 110/75 мм рт. ст., кожные покровы бледные. Из беседы: часто болеет ОРВИ, бронхитом; в результате частого приема мощных лекарственных средств развилась невосприимчивость организма к ряду препаратов. Вследствие задержки мокроты часто повышается температура тела (до 37,2°C-37,5°C). Хотела бы улучшить свое состояние без приема медикаментов.

Вопрос 1: Определите нарушенные потребности.;

Вопрос 2: Сформулируйте проблемы пациента.;

Вопрос 3: Поставьте цели: краткосрочные, долгосрочные.;

Вопрос 4: Составьте план сестринских вмешательств.;

Вопрос 5: Дайте оценку проделанной работе.;

1) Нарушенные потребности: нормальное дыхание, сон, личная гигиена и смена одежды, поддержание нормальной температуры тела, поддержание безопасности окружающей среды.;

2) Проблемы пациента. Настоящие: слабость, потливость, сильный кашель по утрам, затруднение дыхания, часто болеет ОРВИ, бронхитом; в результате частого приема мощных лекарственных средств развилась невосприимчивость организма к ряду препаратов. Вследствие задержки мокроты часто повышается температура тела (до 37,2°C-37,5°C), дефицит знаний по профилактике простудных заболеваний и повышения сопротивляемости организма. Потенциальные проблемы: ухудшение состояния.;

3) Цели краткосрочные: улучшение состояния пациентки к 7 дню адекватной терапии. Цели долгосрочные: демонстрация пациенткой знаний и умений по профилактике простудных заболеваний и повышения сопротивляемости организма к моменту выписки.;

4) План сестринских вмешательств: Измерение артериального давления и артериального пульса, температуры тела, частоты дыхательных движений, анализ и оценка показателей. Контроль выполнения врачебных назначений. Рекомендации: по правильному приему лекарственных средств, соблюдению режима двигательной

по назначению врача (в том числе положению в кровати, облегчающему дыхание, положение Фаулера); обучение оптимальному питьевому режиму; рекомендации и разъяснения по прохождению курса физиопроцедур и массажа по назначению врача. Проведение бесед и обучения по темам: вред самолечения, профилактика простудных заболеваний и повышения сопротивляемости организма, самомассаж грудной клетки для облегчения отхождения мокроты; обучение дыхательной гимнастике, рекомендации по гигиене кожи и смене нательного и постельного белья, дезинфекции в домашних условиях.;

5) Оценка: к 7-му дню терапии состояние пациентки улучшилось, уменьшились слабость, потливость, интенсивность кашля, дышать стало легче. К моменту выписки состояние пациентки удовлетворительное. После проведенного обучения, пациентка демонстрирует знания и умения по профилактике простудных заболеваний и повышения сопротивляемости организма. Цель достигнута.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-10, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-1.1, ПК-2.3, ПК-2.1, ПК-2.2

4. На сеанс массажа пришла женщина, 30 лет. Специалист по массажу уточнил самочувствие пациентки, измерил артериальный пульс и артериальное давление. Пульс пациентки симметричный, ритмичный, 70 ударов в минуту, умеренного напряжения, полный, артериальное давление 120/80 мм. рт. ст.

Вопрос 1: Оцените показатели артериального пульса и артериального давления.;

1) Показатели артериального пульса и артериального давления пациентки в норме.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-10, ПК-1.3, ПК-1.2, ПК-1.1, ПК-2.3, ПК-2.2, ПК-2.1

5. На сеанс массажа пришел мужчина, 75 лет. Специалист по массажу уточнил самочувствие пациента, измерил артериальный пульс и артериальное давление. Пациент пожаловался на головную боль. Пульс пациента симметричный, ритмичный, 85 ударов в минуту, твердый, полный, артериальное давление 160/90 мм. рт. ст.

Вопрос 1: Оцените показатели артериального пульса и артериального давления.;

1) пульс пациента учащен (тахикардия), артериальное давление повышено.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-10, ПК-1.3, ПК-1.2, ПК-1.1, ПК-2.3, ПК-2.2, ПК-2.1

11. Примерная тематика НИРС по теме

1. Оценка функционального состояния пациента.

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Двойников, С. И. [Сестринское дело при инфекционных заболеваниях](#) : учебное пособие / С. И. Двойников, Л. С. Жилина. - 6-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2022. - 300 с. - Текст : электронный.

[Инфекционные болезни](#) : учебник / ред. Н. Д. Ющук, Ю. Я. Венгеров. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 704 с. - Текст : электронный.

- дополнительная:

Рабинович, И. В. [Сестринское дело при инфекционных заболеваниях](#) : учебное пособие для СПО / И. В. Рабинович. - 4-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2022. - 356 с. - Текст : электронный.

Журавлев, В. И. [Сестринский уход при инфекционных заболеваниях](#) : учебное пособие / В. И. Журавлев. - 4-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2021. - 492 с. - Текст : электронный.

[Медицинская реабилитация при инфекционных заболеваниях](#) : учебное пособие / ред. Ю. В. Лобзин, Е. Е. Ачкасов, Д. Ю. Бутко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 544 с. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». (http://www.consultant.ru/document/cons_doc_law_121895/)

Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» Редакция от 02.07.2021, действует с 31.10.2021 (<https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=405056>)

Национальная концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, утверждена руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, главным государственным санитарным врачом Российской Федерации (<https://docs.cntd.ru/document/499002572>)

Санитарные правила и нормы СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», главный государственный санитарный врач российской федерации постановление от 28 января 2021 года № 4. (<https://docs.cntd.ru/document/573660140>)

Санитарные правила СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или (<https://docs.cntd.ru/document/573275590>)

СанПиН 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, (<http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202102050027>)

МУ 3.5.1.3674-20. Обеззараживание рук медицинских работников и кожных покровов пациентов при оказании медицинской помощи. (http://60.rospotrebnadzor.ru/sites/default/files/mu-3.5.1.3674_20-obezzarazhivanie-ruk-medrabotnikov)

Методические рекомендации МР 3.5.1.0113-16 «Использование перчаток для профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в медицинских организациях» (утв. Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (<https://docs.cntd.ru/document/456020904>))

1. Тема № 6. Итоговое занятие по разделу: Введение в профессию (в интерактивной форме) (Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: репродуктивный

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): По окончании изучения раздела студенты должны демонстрировать знания и умения по следующим вопросам: здоровье, по определению ВОЗ, общественное и индивидуальное здоровье; основные медико-демографические и другие показатели состояния общественного здоровья и среды обитания человека; медико-демографическая ситуация в РФ; структура системы здравоохранения. Типы медицинских организаций, устройство и основные функции; роль, цели и задачи Ассоциации российских медицинских сестер. Перспективы развития сестринского дела; нормативные правовые акты и локальные акты, регламентирующие профессиональную деятельность медицинской сестры по массажу/медицинского брата по массажу; требования охраны труда, меры пожарной безопасности, порядок действий при чрезвычайных ситуациях; основные вехи истории сестринского дела; принципы философии сестринского дела в России; основы профессиональной этики биоэтики, деонтологии; условия конфиденциальности при работе с медицинской документацией; принципы и правила общения с пациентами разного возраста; принципы, правила, задачи и сферы обучения в сестринском деле; этапы процесса обучения; сестринский процесс как метод организации оказания сестринской помощи. этапы сестринского процесса и их содержание; документирование сестринского процесса; правила проведения расспроса и общего осмотра пациента; нормальные функциональные показатели в разные возрастные периоды (артериального давления, частоты сердечных сокращений, частоты дыхательных движений, температуры тела). Уметь (по условиям задачи): провести внешний осмотр; определить степень тяжести состояние пациента; провести оценку состояния сознания пациента; оценку положения пациента; определить выражение лица пациента, выявить нарушение походки пациента; определить тип телосложения; провести осмотр кожи (в том числе пальпаторно); определить элементы первичного и вторичного поражения кожи; провести исследование лимфатических узлов; исследование мышечной системы, позвоночника; выявить отеки; провести измерение артериального давления, частоты сердечных сокращений, частоты дыхательных движений, температуры тела, охарактеризовать показатели.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** цели общения в сестринском деле., уровни общения. функции общения. типы общения., виды коммуникаций: вербальное, бессловесное (невербальное)., факторы, способствующие и препятствующие общению. стили общения. эффективность общения., виды общения: терапевтическое, эффективное, не терапевтическое, неэффективное., правила поддержания связи с пациентами, неспособными к вербальному общению., правила эффективного знакомства с пациентом., 10 да терапевтического общения. 10 нет терапевтического общения., роль обучения в сестринском деле. терапевтическое обучение больных. функции медицинской сестры как преподавателя. требования к медицинской сестре медицинскому брату, как к преподавателю., задачи и сферы обучения в сестринском деле. виды учебных занятий. средства обучения. способ обучения пациента. условия эффективного обучения. этапы процесса обучения., сестринский процесс как метод организации оказания сестринской помощи. цели сестринского процесса. этапы сестринского процесса: первый этап: сестринское обследование пациента (субъективная информация, объективные данные, дополнительная информация); второй этап: сестринская диагностика (сестринские диагнозы, связанные с нарушением различных процессов у пациента); третий этап сестринского процесса: постановка целей и планирование сестринских вмешательств; четвертый этап: реализация запланированных сестринских вмешательств; пятый этап: оценка результатов сестринской деятельности. документирование сестринского процесса., источники информации о пациенте., объективные методы исследования: план внешнего осмотра; определение степени тяжести состояние пациента; оценка состояния сознания пациента; оценка положения пациента; определение выражения лица пациента, характеристика; выявление нарушения походки пациента, характеристика; телосложение, конституциональный тип, характеристика; правила проведения осмотра кожи и слизистых; элементы первичного поражения кожи, характеристика; элементы вторичного поражения кожи, характеристика; дериваты кожи, характеристика; исследование лимфатических узлов, характеристика; исследование мышечной системы, позвоночника, характеристика; отеки, виды отечной жидкости, методы выявления отеков., механизмы теплообразования и пути теплоотдачи. понятие о лихорадке. классификация. типы лихорадки. периоды лихорадки. термометрия, виды и устройство термометров. основные способы измерения температуры тела. виды градусников для измерения температуры тела. безопасность при работе с ртутным термометром., правила измерения пульса и его характеристика., правила измерения артериального давления и его характеристика., правила подсчета частоты дыхательных движений и характеристика показателей., должностные обязанности медицинской сестры по массажу, медицинского брата по массажу., предмет, место и роль общественного здравоохранения и здоровья., история и философия сестринского дела., сестринский процесс. документация к сестринскому процессу. организация работы медицинской сестры по массажу/медицинского брата по массажу., **уметь** сестринский процесс. документация к сестринскому процессу., организация работы медицинской сестры по массажу/медицинского брата по массажу., оценка функционального состояния пациента., **владеть**

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** кабинет сестринского дела

- **оснащение занятия:** комплект учебной мебели, посадочных мест, компьютер с возможностью подключения к

сети «интернет» и доступом к электронной информационно-образовательной среде

7. Аннотация (краткое содержание темы)

По окончании изучения раздела студенты должны демонстрировать знания и умения по следующим вопросам:

- здоровье, по определению ВОЗ, общественное и индивидуальное здоровье;
- основные медико-демографические и другие показатели состояния общественного здоровья и среды обитания человека;
- медико-демографическая ситуация в РФ;
- структура системы здравоохранения. Типы медицинских организаций, устройство и основные функции;
- роль, цели и задачи Ассоциации российских медицинских сестер. Перспективы развития сестринского дела;
- нормативные правовые акты и локальные акты, регламентирующие профессиональную деятельность медицинской сестры по массажу/медицинского брата по массажу;
- требования охраны труда, меры пожарной безопасности, порядок действий при чрезвычайных ситуациях;
- основные вехи истории сестринского дела;
- принципы философии сестринского дела в России;
- основы профессиональной этики биоэтики, деонтологии;
- условия конфиденциальности при работе с медицинской документацией;
- принципы и правила общения с пациентами разного возраста;
- принципы, правила, задачи и сферы обучения в сестринском деле;
- этапы процесса обучения;
- сестринский процесс как метод организации оказания сестринской помощи. этапы сестринского процесса и их содержание;
- документирование сестринского процесса;
- правила проведения расспроса и общего осмотра пациента;
- нормальные функциональные показатели в разные возрастные периоды (артериального давления, частоты сердечных сокращений, частоты дыхательных движений, температуры тела).

Уметь (по условиям задачи):

- провести внешний осмотр; определить степень тяжести состояние пациента;
- провести оценку состояния сознания пациента;
- оценку положения пациента;
- определить выражение лица пациента, выявить нарушение походки пациента;
- определить тип телосложения;
- провести осмотр кожи (в том числе пальпаторно);
- определить элементы первичного и вторичного поражения кожи;
- провести исследование лимфатических узлов;
- исследование мышечной системы, позвоночника;
- выявить отеки;
- провести измерение артериального давления, частоты сердечных сокращений, частоты дыхательных движений, температуры тела, охарактеризовать показатели.

8. Вопросы по теме занятия

1. Здоровье, по определению ВОЗ, общественное и индивидуальное здоровье.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

2. Основные медико-демографические и другие показатели состояния общественного здоровья и среды обитания человека.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

3. Структура системы здравоохранения. Типы медицинских организаций, устройство и основные функции.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

4. Роль, цели и задачи Ассоциации российских медицинских сестер. Перспективы развития сестринского дела

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

5. Нормативные правовые акты и локальные акты, регламентирующие профессиональную деятельность медицинской сестры по массажу/медицинского брата по массажу.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

6. Требования охраны труда, меры пожарной безопасности, порядок действий при чрезвычайных ситуациях.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

7. Основные вехи истории сестринского дела.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

8. Принципы философии сестринского дела в России.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

9. Основы профессиональной этики биоэтики, деонтологии.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

10. Условия конфиденциальности при работе с медицинской документацией.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

11. Принципы и правила общения с пациентами разного возраста.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

12. Принципы, правила, задачи и сферы обучения в сестринском деле. этапы обучения.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

13. Сестринский процесс как метод организации оказания сестринской помощи. Этапы сестринского процесса и их содержание. Документирование сестринского процесса.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

14. Правила проведения расспроса и общего осмотра пациента.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

15. Нормальные функциональные показатели в разные возрастные периоды (артериального давления, частоты сердечных сокращений, частоты дыхательных движений, температуры тела).

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ВЛАЖНОСТИ ВОЗДУХА В ПОМЕЩЕНИИ ПРИМЕНЯЮТ:

- 1) анемометр;
- 2) термометр;
- 3) термограф;
- 4) психрометр;
- 5) динамометр;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

2. НА КАКОЙ МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК МОЖЕТ БЫТЬ ПРОДЛЕН БОЛЬНИЧНЫЙ ЛИСТ В СЛУЧАЕ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ (ИЗ-ЗА ТРАВМЫ) БОЛЕЕ 30 ДНЕЙ:

- 1) не более 1 месяца;
- 2) не более 3 -х месяцев;
- 3) не более полугода;
- 4) не более 12-ти месяцев;
- 5) на срок до 5-ти лет;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

3. ЧЕМ МОЖНО ТУШИТЬ ЭЛЕКТРООБОРУДОВАНИЕ ПРИ ПОЖАРЕ В СЛУЧАЕ НЕВОЗМОЖНОСТИ СНЯТИЯ С НЕГО НАПРЯЖЕНИЯ:

- 1) пенным огнетушителем;
- 2) распыленной водой;
- 3) порошковым и углекислотным огнетушителями;
- 4) водой;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

4. ВИД ИНСТРУКТАЖА, ПРОВОДИМЫЙ С РАБОТНИКАМИ ПРИ ПРИНЯТИИ ИХ НА РАБОТУ:

- 1) первичный;
- 2) вводный;
- 3) внеплановый;
- 4) целевой;
- 5) вторичный;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

5. ЗДОРОВЬЕ (ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ВОЗ) - ЭТО:

- 1) отсутствие болезней;
- 2) состояние души;
- 3) состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов;

- 4) поддержание гомеостаза в организме;
- 5) способность человека к самоходу;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

6. СИСТЕМА ВЗГЛЯДОВ НА ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ СЕСТРОЙ, ПАЦИЕНТОМ, ОБЩЕСТВОМ И ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДОЙ, ОСНОВАННАЯ НА ОБЩЕЧЕЛОВЕЧЕСКИХ ПРИНЦИПАХ ЭТИКИ И МОРАЛИ - ЭТО:

- 1) Сестринское дело;
- 2) Этический кодекс медицинских сестер;
- 3) сестринский процесс;
- 4) философия сестринского дела;
- 5) сестринское вмешательство;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

7. СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ — ЭТО:

- 1) определение главного клинического синдрома;
- 2) выявление конкретной болезни у конкретного человека или у членов семьи;
- 3) определение нарушенных потребностей, существующих и потенциальных проблем пациента в связи с болезнью;
- 4) определение прогноза развития болезни;
- 5) тоже самое, что врачебный диагноз;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

8. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, НАУКА И ИСКУССТВО, НАПРАВЛЕННЫЕ НА РЕШЕНИЕ СУЩЕСТВУЮЩИХ И ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ СО ЗДОРОВЬЕМ В УСЛОВИЯХ ИЗМЕНЕНИЯ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ:

- 1) сестринские вмешательства;
- 2) сестринский процесс;
- 3) Этический кодекс медицинских сестер;
- 4) Сестринское дело;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

9. ОСНОВНЫМИ ПОНЯТИЯМИ ФИЛОСОФИИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА, СОГЛАСНО МЕЖДУНАРОДНОЙ ДОГОВОРЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЁ, КРОМЕ:

- 1) пациент;
- 2) сестринское дело;
- 3) здоровье;
- 4) диагностика и лечение;
- 5) окружающая среда;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

10. В 1854 ГОДУ Н.И. ПИРОГОВ ОРГАНИЗОВАЛ В ПЕТЕРБУРГЕ СЕСТРИНСКУЮ ОБЩИНУ:

- 1) Никольскую;
- 2) Свято — Троицкую;
- 3) Крестовоздвиженскую;
- 4) Утоли мои печали;
- 5) Святыне Елизаветинки;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

11. ANAMNESIS MORBI — ЭТО:

- 1) история лечения;
- 2) история болезни;
- 3) общий опрос;
- 4) исследование организма;
- 5) история жизни;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

12. ОПРЕДЕЛИТЕ НАРУШЕНИЕ ОСАНКИ: ПРИ ТАКОМ ВИДЕ НАРУШЕНИЙ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗГИБЫ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА ЗНАЧИТЕЛЬНО СГЛАЖЕНЫ, СНИЖЕНА ПОДВИЖНОСТЬ РЕБЕР. ВНЕШНЕ ЧЕЛОВЕК ВЫГЛЯДИТ ТАК, КАК БУДТО «АРШИН ПРОГЛОТИЛ»:

- 1) кифотическая;
- 2) выпрямленная;
- 3) сколиотическая;
- 4) лордическая;
- 5) сутоловатая;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

13. СТЕПЕНЬ НАПРЯЖЕНИЯ ТКАНЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ СОСТОЯНИЕМ ИННЕРВАЦИИ, КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ И ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ, ЭЛАСТИЧНОСТЬ, ГИБКОСТЬ ИЛИ ПОДАТЛИВОСТЬ КОЖИ — ЭТО:

- 1) толщина подкожного слоя;
- 2) степень толщины кожи;
- 3) тургор кожи;
- 4) тонус кожи;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

14. ДЛЯ ЭКСПИРАТОРНОЙ ОДЫШКИ ХАРАКТЕРНО:

- 1) затрудненный выдох вследствие спазма бронхов при бронхиальной астме;
- 2) учащенное поверхностное дыхание при хронической недостаточности кровообращения;
- 3) затрудненный шумный вдох при стенозе гортани;
- 4) резко выраженный недостаток воздуха;
- 5) апноэ;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

15. МЕДИЦИНСКИЙ ПРИБОР ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ:

- 1) урометр;
- 2) барометр;
- 3) тонометр;
- 4) динамометр;
- 5) отоскоп;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

16. КОЛИЧЕСТВО СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У ВЗРОСЛОГО В НОРМЕ В МИНУТУ:

- 1) 100 - 120;
- 2) 90 - 100;
- 3) 60 - 80;
- 4) 40 - 60;
- 5) 140-160;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

17. ТИП ДЫХАНИЯ, В КОТОРОМ УЧАСТВУЮТ МЫШЦЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ:

- 1) грудное;
- 2) брюшное;
- 3) везикулярное;
- 4) смешанное;
- 5) пуэрильное;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

18. ПО НАПРЯЖЕНИЮ ПУЛЬС РАЗЛИЧАЮТ:

- 1) твердый, мягкий;
- 2) большой, малый;
- 3) ритмичный, аритмичный;
- 4) полный, пустой;
- 5) правильный, неправильный;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

19. ОПРЕДЕЛИТЕ ПО ОПИСАНИЮ ЭЛЕМЕНТ ПЕРВИЧНОГО ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ: ПРИПОДНЯТЫЕ ПАЛЬПИРУЕМЫЕ КОЖНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ МЕНЕЕ 1 СМ В ДИАМЕТРЕ, КОТОРЫЕ МОГУТ ОТЛИЧАТЬСЯ ПО ЦВЕТУ ОТ ОКРУЖАЮЩЕЙ КОЖИ. ПРИМЕР - ПРИПОДНЯТЫЙ НЕВУС:

- 1) папулы (узелки);

- 2) макула;
- 3) узлы;
- 4) бляшки;
- 5) пятно;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

20. ОПРЕДЕЛИТЕ ПОХОДКУ ПО ПРЕДСТАВЛЕННОМУ ОПИСАНИЮ: ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ МЕДЛЕННЫМИ ДВИЖЕНИЯМИ С ЗАТРУДНЕННЫМ ПОДНЯТИЕМ И ВОЛОЧЕНИЕМ АТОНИЧНЫХ НОГ; ОБУСЛОВЛЕНА ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ НИЖНИМ ПАРАПАРЕЗОМ:

- 1) танцующая походка;
- 2) кукольная походка;
- 3) петушиная походка;
- 4) паретическая походка;
- 5) атактическая походка;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Проведите измерение температуры тела ртутным термометром (работа с волонтером).

Вопрос 1: Подготовка к процедуре;

Вопрос 2: Выполнение процедуры;

Вопрос 3: Окончание процедуры;

1) Функциональное назначение простой медицинской услуги - диагностическое. Оснащение: термометр медицинский (ртутный, электронный или другой, разрешенный к применению); кушетка (при измерении температуры в положении лежа); стул (при измерении температуры в положении сидя), дезинфицирующий раствор для обработки термометра. Мероприятия Подготовка к процедуре: Приготовить сухой чистый термометр: проверить его целостность. Температура в стационаре измеряется утром, перед завтраком и вечером перед ужином, если иное не прописано по назначению врача. Я захожу в палату пациента, представляюсь, идентифицирую пациента, сообщаю ему цель и ход процедуры, получаю согласие на ее проведение. Медицинская сестра: Здравствуйте, меня зовут _____, я медицинская сестра, представьтесь, пожалуйста, назовите дату рождения. Пациент: - Иванов Иван Иванович, 11,05.1978 г. (сказать: пациент идентифицирован). Медицинская сестра: Иван Иванович, мне необходимо измерить вам температуру тела. Вы согласны на проведение процедуры? Пациент: - Да, согласен. Медицинская сестра: - Хорошо. Провожу гигиеническую обработку рук. Проверяю, чтобы ртутный столбик был ниже значения 35° С, при необходимости стряхиваю ртутный термометр сверху вниз так, чтобы ртуть опустилась по столбику вниз в резервуар. Предлагаю пациенту занять удобное положение, при необходимости помогаю ему. Медицинская сестра: - Займите, пожалуйста, удобное положение, нужна ли вам моя помощь? Пациент: -Нет. Провожу гигиеническую обработку рук.;

2) Осматриваю подмышечную впадину, при необходимости вытираю насухо салфеткой или прошу пациента сделать это. Медицинская сестра: -Осушите, пожалуйста, подмышечную впадину салфеткой, если это необходимо, я могу вам в этом помочь. Пациент: -Спасибо, не требуется. Располагаю, термометр в подмышечной области так, чтобы ртутный резервуар со всех сторон плотно соприкасался с телом пациента Медицинская сестра: прижмите плечо к грудной клетке. Оставляю термометр в подмышечной впадине не менее чем на 5 мин. Медицинская сестра: -Держите термометр 5-10 минут, потом я его у Вас заберу. Пациент: - Хорошо.;

3) Извлекаю термометр из подмышечной впадины, произвожу считывание показаний термометра, держа его на уровне глаз. Сообщаю пациенту результаты измерения. Медицинская сестра: -Температура у Вас 36.6° С. Пациент: -Хорошо. Встряхиваю термометр сверху вниз так, чтобы ртуть опустилась по столбику вниз в резервуар, помещаю термометр в емкость для дезинфекции. Провожу гигиеническую обработку рук. Записываю результат в температурный лист у.ф. № 004/у.;

4) Примечание;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

2. Проведите измерение артериального давления (работа с волонтером).

Вопрос 1: Подготовка к процедуре;

Вопрос 2: Подготовка к процедуре;

Вопрос 3: Выполнение процедуры;

Вопрос 4: Окончание процедуры;

Вопрос 5: Примечание;

1) Уточнив информацию о том, что пациенту необходимо измерять артериальное давление, я предупреждаю пациента о том, что, каждый раз, за один час до измерения следует исключить прием пищи, курение, прием тонизирующих напитков, алкоголя, применение симпатомиметиков, включая назальные и глазные капли. А так же, о том, что перед измерением артериального давления следует исключить физическую нагрузку в течении

15-20 минут. Непосредственно перед измерением, проверяю исправность прибора для измерения артериального давления в соответствии с инструкцией по его применению. Медицинская сестра медицинский брат: «Прибор для измерения артериального давления исправен, готов к применению», стетофонендоскоп находится в рабочем состоянии. Устанавливаю контакт с пациентом: здороваюсь, представляюсь, обозначаю свою роль. Медицинская сестра медицинский брат: -Здравствуйте! Я медицинская сестра медицинский брат терапевтического отделения. Меня зовут _____. Представьтесь, пожалуйста. Пациент: - Иванов Иван Иванович. Я сверяю ФИО пациента с медицинской документацией. «Пациент идентифицирован в соответствии с медицинской картой стационарного больного (003-У)». Медицинская сестра медицинский брат: - Вам назначена процедура «Измерения артериального давления, Вы согласны на выполнение данной процедуры? Пациент: - да. Пациент согласен на проведение данной процедуры. Я объясняю пациенту ход и цель процедуры. Медицинская сестра медицинский брат: Контроль артериального давления необходим для определения дальнейшей тактики вашей терапии». Пациент: - хорошо. Предлагаю или помогаю пациенту занять удобное положение на кушетке, в кровати, лежа на спине, нижние конечности не скрещены, рука разогнута в локтевом суставе, или сидя на стуле. Если измерение проводится в процедурном кабинете, предварительно кладу на кушетку одноразовую простынь. Медицинская сестра медицинский брат: Вам необходимо лечь удобно, я могу Вам в этом помочь;

2) Пациент: -хорошо, нет, спасибо (ложится на кушетку). Медицинская сестра медицинский брат: Во время проведения процедуры не разговаривайте, не делайте резких движений. Пациент: -хорошо. Я проверила герметичность упаковки и срок годности одноразовой антисептической салфетки. Медицинская сестра медицинский брат: Герметичность упаковки одноразовой антисептической салфетки не нарушена. Срок годности соответствует сроку хранения. Провожу гигиеническую обработку рук. Надеваю нестерильные перчатки. Медицинская сестра медицинский брат: -Освободите от одежды руку выше локтевого сгиба или я могу Вам помочь. Пациент: Хорошо, нет, спасибо (пациент освобождает руку). Я прошу пациента расположить руку пациента на уровне сердца ладонью вверх. Медицинская сестра медицинский брат: -Положите руку на уровне сердца ладонью вверх. Пациент: -Хорошо (кладет руку на уровне сердца ладонью вверх). Размер манжеты соответствует обхвату плеча пациента;

3) Я накладываю манжету тонометра на плечо пациента, на рукав, в один тур. Проверяю, чтобы между манжетой и поверхностью плеча помещалось два пальца, убеждаюсь, что нижний край манжеты располагается на 2,5 см выше локтевой ямки. Одной рукой определяю пульс на лучевой артерии, другой рукой закрываю вентиль груши тонометра. Нагнетаю воздух грушей тонометра до исчезновения пульса в области лучезапястного сустава, фиксирую показания тонометра в момент исчезновения пульса в области лучезапястного сустава. Медицинская сестра медицинский брат: Пульсовые волны прекратились на цифре 120 мм.рт.ст., спускаю воздух из манжеты. Мембрану стетофонендоскопа помещаю у нижнего края манжеты над проекцией локтевой артерии в области локтевой впадины, слегка прижав к поверхности тела. Повторно нагнетаю воздух в манжету до уровня, превышающего полученный результат при пальцевом измерении по пульсу на 30 мм рт.ст. Сохраняя положение стетофонендоскопа, медленно открываю вентиль на груше и спускаю воздух из манжеты. Фиксирую по шкале тонометра появление первого тона Короткова - это значение систолического давления. Медицинская сестра медицинский брат: - Систолический тон зафиксирован на цифре 120 мм. рт. ст. Для контроля полного исчезновения тонов продолжаю аускультацию до снижения давления в манжете на 15-20 мм рт.ст. относительно последнего тона. Медицинская сестра медицинский брат: Диастолический тон зафиксирован на цифре 80 мм. рт. ст. Открываю вентиль и выпускаю воздух из манжеты. Снимаю манжету тонометра с руки пациента. Сообщаю пациенту результат измерения артериального давления. Медицинская сестра медицинский брат: -Ваше артериальное давление равно 120/80 мм. рт. ст. Уточняю у пациента о его самочувствии, помогаю пациенту принять удобное положение. Медицинская сестра медицинский брат: -Как вы себя чувствуете? Пациент: - Хорошо. Медицинская сестра медицинский брат: Пациент чувствует себя удовлетворительно, -Вы можете вставать. Нужна ли Вам моя помощь? Пациент: -Нет;

4) вскрываю упаковку, извлекаю из нее антисептическую салфетку, упаковку скидываю в емкость для сбора отходов класса «А». Обрабатываю мембрану и оливы стетофонендоскопа салфеткой с антисептиком, салфетку и одноразовую пеленку (в случае измерения АД в процедурном кабинете) скидываю в емкость для сбора отходов класса «Б». Снимаю перчатки, помещаю их в емкость для сбора медицинских отходов класса «Б». Обрабатываю руки гигиеническим способом. Записываю результаты в медицинскую карту пациента. Об изменении артериального давления у пациента сообщить врачу;

5) Функциональное назначение простой медицинской услуги - диагностическое, профилактическое. Оснащение: письменный стол, стул, манекен по уходу многофункциональный (волонтер), кушетка медицинская, емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А», емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б», пакет для утилизации медицинских отходов класса «А», любого (кроме желтого и красного) цвета, пакет для утилизации медицинских отходов класса «Б», желтого цвета, простынь одноразовая, тонометр механический, стетофонендоскоп, салфетка с антисептиком одноразовая, перчатки медицинские нестерильные, формы медицинской документации: лист назначения, шариковая ручка с синими чернилами для медицинской документации.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.3, ПК-1.2, ПК-1.1, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

3. Проведите измерение артериального пульса, оцените его характеристики (работа с волонтером).

Вопрос 1: Подготовка к процедуре;

Вопрос 2: Подготовка к процедуре;

Вопрос 3: Выполнение процедуры;

Вопрос 4: Окончание процедуры;

Вопрос 5: Примечание;

1) Уточнив информацию о том, что пациенту необходимо измерять артериальный пульс, я предупреждаю пациента о том, что, каждый раз, за один час до измерения следует исключить прием пищи, курение, прием тонизирующих напитков, алкоголя, применение симпатомиметиков, включая назальные и глазные капли. А также, о том, что перед измерением следует исключить физическую нагрузку в течении 15-20 минут. Непосредственно перед измерением, проверяю исправность секундомера Медицинская сестра: «секундомер в рабочем состоянии». Устанавливаю контакт с пациентом: здороваюсь, представляюсь, обозначаю свою роль. Медицинская сестра: -Здравствуйте! Я постовая медицинская сестра терапевтического отделения. Меня зовут _____. Представьтесь, пожалуйста. Назовите дату рождения. Пациент: - Иванов Иван Иванович. 11 ноября 1989 г. Я сверяю ФИО пациента с медицинской документацией. «Пациент идентифицирован в соответствии с медицинской картой стационарного больного (003-У)». Медицинская сестра: -Вам назначена процедура «Измерения артериального пульса». Вы согласны на выполнение данной процедуры? Пациент: да. Пациент согласен на проведение данной процедуры» Я объясняю пациенту ход и цель процедуры. Медицинская сестра: -Контроль артериального пульса необходим для определения дальнейшей тактики вашей терапии. Пациент: хорошо;

2) Предлагаю или помогаю пациенту занять удобное положение на кушетке, в кровати, лежа на спине, нижние конечности не скрещены, рука разогнута в локтевом суставе, или сидя на стуле. Если измерение проводится в процедурном кабинете, предварительно кладу на кушетку одноразовую простынь. Медицинская сестра: Вам необходимо лечь удобно, я могу Вам в этом помочь? Пациент: -хорошо, нет, спасибо (ложится на кушетку). Медицинская сестра: Во время проведения процедуры не разговаривайте, не делайте резких движений. Пациент: хорошо. Провожу гигиеническую обработку рук. Надеваю нестерильные перчатки. Медицинская сестра: -Освободите от одежды руки выше запястья или я могу Вам помочь. Пациент: хорошо, нет, спасибо (пациент освобождает руки). Я прошу пациента расположить руки пациента на уровне сердца ладонью вверх. Медицинская сестра: положите руку на уровне сердца ладонями вверх. Пациент: - хорошо (кладет руки на уровне сердца ладонью вверх);

3) Я Прижал 2,3,4- м пальцами лучевые артерии на обеих руках пациента, почувствовал пульсацию, у грудного ребенка пульс прощупывается на сонной артерии или височной артерии. Определил симметричность пульса. Если пульс симметричен, дальнейшее исследование можно проводить на одной руке. Взял часы или секундомер. Предупредил пациента, чтобы во время процедуры он не двигался. Медицинская сестра: Пожалуйста, во время процедуры не двигайтесь для получения более точного результата. Определил с помощью часов или секундомера частоту пульса – количество пульсовых волн в 1 минуту на лучевой артерии. Оценил ритмичность, частоту, наполнение и напряжение пульса. Сообщил пациенту результат. медицинская сестра: Иван Иванович, ваш пульс _____ в минуту, Уточняю у пациента его самочувствие, помогаю пациенту принять удобное положение. Медицинская сестра: Как вы себя чувствуете? Пациент: - хорошо. Медицинская сестра: - Пациент чувствует себя удовлетворительно», Вы можете вставать. Нужна ли Вам моя помощь? Пациент: -Нет, спасибо. Медицинская сестра: -Вы можете пройти в палату, если измерение проводилось в процедурном кабинете;

4) Снимаю перчатки, помещаю их в емкость для сбора медицинских отходов класса «Б». Обрабатываю руки гигиеническим способом. Записываю результаты в медицинскую карту пациента. Об изменении артериального давления у пациента сообщить врачу.;

5) ункциональное назначение простой медицинской услуги – диагностическое, профилактическое. Оснащение: письменный стол, стул, манекен по уходу многофункциональный (волонтер), кушетка медицинская, емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А», емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б», пакет для утилизации медицинских отходов класса «А», любого (кроме желтого и красного) цвета, пакет для утилизации медицинских отходов класса «Б», желтого цвета, секундомер, перчатки медицинские нестерильные, антисептик для гигиенической обработки рук, формы медицинской документации: лист назначения, шариковая ручка с синими чернилами для медицинской документации.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-1.1, ПК-2.1, ПК-2.3, ПК-2.2

4. Проведите измерение частоты дыхательных движений (работа с волонтером).

Вопрос 1: Подготовка к процедуре;

Вопрос 2: Выполнение процедуры;

Вопрос 3: Окончание процедуры;

Вопрос 4: Окончание процедуры;

Вопрос 5: Примечание;

1) уточнив информацию о том, что пациенту необходимо измерять частоту дыхательных движений, я предупреждаю пациента о том, что, каждый раз, за один час до измерения следует исключить прием пищи, курение, прием тонизирующих напитков, алкоголя, применение симпатомиметиков, включая назальные и глазные капли. А также, о том, что перед измерением следует исключить физическую нагрузку в течении 15-20

минут. Непосредственно перед измерением, проверяю исправность секундомера. Медицинская сестра: - секундомер в рабочем состоянии. Устанавливаю контакт с пациентом: здороваюсь, представляюсь, обозначаю свою роль. Медицинская сестра: -Здравствуйте! Я постовая медицинская сестра терапевтического отделения. Меня зовут _____. Представьтесь, пожалуйста. Назовите дату рождения. Пациент: Иванов Иван Иванович. 11 ноября 1989 г. Я сверяю ФИО пациента с медицинской документацией. «Пациент идентифицирован в соответствии с медицинской картой стационарного больного (003-У)». Медицинская сестра: Вам назначена процедура «Измерения артериального «пульса»». Вы согласны на выполнение данной процедуры? Пациент: да. Пациент согласен на проведение данной процедуры» Я объясняю пациенту ход и цель процедуры. Медицинская сестра: -Контроль артериального пульса необходим для определения дальнейшей тактики вашей терапии». Пациент: хорошо. Предлагаю или помогаю пациенту занять удобное положение на кушетке, в кровати, лежа на спине. Медицинская сестра: Вам необходимо лечь удобно, я могу Вам в этом помочь? Пациент: хорошо, нет, спасибо (ложится на кушетку);

2) Медицинская сестра: -Во время проведения процедуры не разговаривайте, не делайте резких движений. Пациент: хорошо. Провожу гигиеническую обработку рук. Надеваю нестерильные перчатки. Медицинская сестра: Освободите от одежды руки выше запястья или я могу Вам помочь. Пациент: - хорошо, нет, спасибо (пациент освобождает руки). Кладу пальцы правой руки на область лучезапястного сустава пациента, имитируя подсчет частоты пульса. Выполнение процедуры: Взял часы или секундомер. Предупредил пациента, чтобы во время процедуры он не двигался. - Пожалуйста, во время процедуры он не двигайтесь для получения более точного результата. Подсчитал частоту дыхательных движений грудной клетки за минуту, наблюдая за экскурсией грудной клетки у женщин или брюшной стенки у мужчин. Сообщил пациенту результат измерения пульса;

3) Медицинская сестра: Иван Иванович, ваш пульс _____ в минуту, Уточняю у пациента о его самочувствии, помогаю пациенту принять удобное положение. Медицинская сестра: -Как вы себя чувствуете? Пациент: - хорошо. Медицинская сестра: - Пациент чувствует себя удовлетворительно», Вы можете вставать. Нужна ли Вам моя помощь? Пациент: -Нет, спасибо. Медицинская сестра: -Вы можете пройти в палату, если измерение проводилось в процедурном кабинете;

4) Снимаю перчатки, помещаю их в емкость для сбора медицинских отходов класса «Б». Обрабатываю руки гигиеническим способом. Записываю результаты в медицинскую карту пациента. Об изменении частоты дыхательных движений у пациента сообщить врачу;

5) Функциональное назначение простой медицинской услуги - диагностическое, профилактическое. Оснащение: письменный стол, стул, манекен по уходу многофункциональный (волонтер), кушетка медицинская, емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А», емкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б», пакет для утилизации медицинских отходов класса «А», любого (кроме желтого и красного) цвета, пакет для утилизации медицинских отходов класса «Б», желтого цвета, секундомер, перчатки медицинские нестерильные, антисептик для гигиенической обработки рук, нестерильные перчатки, формы медицинской документации: лист назначения, шариковая ручка с синими чернилами для медицинской документации.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.2, ПК-2.3, ПК-2.1

5. Измерьте температуру тела бесконтактным способом (работа с волонтером).

Вопрос 1: Подготовка к процедуре;

Вопрос 2: Выполнение процедуры;

Вопрос 3: Окончание процедуры;

Вопрос 4: Примечание;

Вопрос 5: Примечание;

1) Приготовить бесконтактный термометр: проверить его целостность и исправность. Температура в стационаре измеряется утром, перед завтраком и вечером перед ужином, если иное не прописано по назначению врача. Я захожу в палату пациента, представляюсь, идентифицирую пациента, сообщаю ему цель и ход процедуры, получаю согласие на ее проведение. Медицинская сестра: Здравствуйте, меня зовут _____, я медицинская сестра, представьтесь, пожалуйста, назовите дату рождения. Пациент: - Иванов Иван Иванович, 11.05.1978 г. (сказать: пациент идентифицирован). Медицинская сестра: Иван Иванович, мне необходимо измерить вам температуру тела. Вы согласны на проведение процедуры? Пациент: - Да, согласен. Медицинская сестра: - Хорошо. Провожу гигиеническую обработку рук. Предлагаю пациенту занять удобное положение, при необходимости помогаю ему. Медицинская сестра: -Займите, пожалуйста, удобное положение, нужна ли вам моя помощь? Пациент: -Нет;

2) Прошу пациента убрать волосы со лба и осушить лоб одноразовым полотенцем (если лоб влажный) Медицинская сестра: - уберите волосы со лба и осушите, пожалуйста, лоб салфеткой, если это необходимо, я могу вам в этом помочь. Пациент: -Спасибо, не требуется. Медицинская сестра: Во время измерения Вам ничего не нужно делать, только спокойно посидеть. Пациент: - хорошо. Располагаю, термометр на расстоянии примерно 10 см от лба и нажимаю на кнопку включения, жду звуковой сигнал и цифры на дисплее;

3) Сообщаю пациенту результаты измерения. Медицинская сестра: -Температура у Вас 36.6° С. Пациент: - Хорошо. Медицинская сестра: Вы можете занять удобное для Вас положение. Пациент: -Хорошо. Медицинская сестра: Термометр отключается автоматически. Сбрасываю одноразовое полотенце в емкость для сбора отходов

класса «А», провожу дезинфекцию тонометра дезинфицирующими салфетками по инструкции, дезинфицирующие салфетки сбрасываю в емкость для сбора отходов класса «Б». Снимаю перчатки, маску, сбрасываю в емкость для сбора отходов класса «Б». Провожу гигиеническую обработку рук. Записываю результат в температурный лист у.ф. № 004/у;

4) Функциональное назначение простой медицинской услуги – диагностическое. Оснащение: термометр медицинский (электронный или другой, разрешенный к применению); кушетка (при измерении температуры в положении лежа); стул (при измерении температуры в положении сидя), дезинфицирующий раствор для обработки термометра, одноразовое тканевое полотенце. Измерение температуры тела в стационарных условиях проводят, как правило, два раза в сутки: утром с 6 до 9 ч и вечером с 17 до 19 ч; по назначению врача измерение температуры может проводиться чаще, по мере необходимости. Перед измерением температуры пациент нуждается в отдыхе (10-15 мин); проводить измерения не ранее чем через один час после приема пищи; в экстренных ситуациях условие не учитывается. При измерении температуры у пациента с психическими нарушениями необходимо присутствие младшего медицинского персонала во избежание попыток проглатывания термометра или вскрытия вен;

5) При использовании электронного термометра необходимо следовать инструкции по применению данного прибора. Одноразовые химические термометры используют для измерения температуры во рту или в подмышечной области. Термометрию у детей проводят в присутствии медсестры. Данные измерения могут искажаться, если в месте проведения измерения имеется воспалительный процесс или рядом находятся излучающие тепло или холод источники. Температуру тела детям измеряют натощак в покое, но не ранее чем через 30-40 мин после пробуждения в часы максимального колебания суточной температуры (6 ч 00 мин до 8 ч 00 мин и 16 ч 00 мин до 18 ч 00 мин). При склонности ребенка к резкому повышению температуры тела измерения проводят несколько раз в течение одного часа или постоянно. Температура тела, °С Оценка результатов 35,0 и ниже Гипотермия 36,2-36,9 Норма 37,0-38,0 Субфебрильная 38,0-39,0 Фебрильная 39,0-40,0 Пиретическая свыше 40,0 Гиперпиретическая Нормой считается температура тела у пожилых людей 35,0 °С - 36,0 °С, у новорожденных - 37,0 °С - 37,2 °С Пациент должен быть информирован о предстоящем исследовании температуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его законного представителя на измерение температуры не требуется, так как данный диагностический метод не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-5, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-1.1, ПК-2.3, ПК-2.2, ПК-2.1

11. Примерная тематика НИРС по теме

1. Оценка функционального состояния пациента Отработать практические навыки: измерение артериального давления, измерение артериального пульса, подсчет частоты дыхательных движений, измерение температуры тела ртутным термометром и бесконтактным способом.

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Двойников, С. И. [Сестринское дело при инфекционных заболеваниях](#) : учебное пособие / С. И. Двойников, Л. С. Жилина. - 6-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2022. - 300 с. - Текст : электронный.

- дополнительная:

[Медицинская реабилитация при инфекционных заболеваниях](#) : учебное пособие / ред. Ю. В. Лобзин, Е. Е. Ачкасов, Д. Ю. Бутко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 544 с. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». (http://www.consultant.ru/document/cons_doc_law_121895/)

Национальная концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, утверждена руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, главным государственным санитарным врачом Российской Федерации (<https://docs.cntd.ru/document/499002572>)

Санитарные правила СП 2.2.3670-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям труда», постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 02.12.2020 г. №40. (<https://docs.cntd.ru/document/573230583>)

Приказ Минздрава РФ от 28.01.2021 № 29Н. «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, Перечня медицинских

Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 18 декабря 2020 г. N 928н «Об утверждении правил по охране труда в медицинских организациях». ()

Методические рекомендации МР 2.2.9.2242-07 «Гигиенические и эпидемиологические требования к условиям труда медицинских работников, выполняющих работы, связанные с риском возникновения инфекционных заболеваний». () МУ 3.5.1.3674-20. Обеззараживание рук медицинских работников и кожных покровов пациентов при оказании медицинской помощи.

(http://60.rospotrebnadzor.ru/sites/default/files/mu-3.5.1.3674_20-obezzarazhivanie-ruk-medrabotnikov)

Методические рекомендации МР 3.5.1.0113-16 «Использование перчаток для профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в медицинских организациях» (утв. Федеральной службой по надзору в сфере

защиты прав потребителей и благополучия челове (<https://docs.cntd.ru/document/456020904>)

1. Тема № 1. Инфекционная безопасность. Инфекционный контроль. (в интерактивной форме) (Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-10, ОК-12, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: Не указано

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Проблема инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, чрезвычайно актуальна для всех учреждений здравоохранения любого профиля. ИСМП ухудшают прогноз заболеваний, вызывают боль и страдания у пациентов, нарушают благополучие семей, продлевают госпитализацию и приводят к дополнительным затратам системы здравоохранения. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, поражают 5-10% пациентов, находящихся в стационарах, и занимают десятое место в ряду причин смертности населения. В России по данным официальной статистики ежегодно регистрируется примерно 30 тысяч случаев инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (примерно 0,8 на 1000 пациентов), однако эксперты считают, что их истинное число составляет не менее 2-2,5 миллионов человек. Пациенты с ИСМП находятся в стационаре в 2-3 раза дольше, чем аналогичные пациенты без признаков инфекции. В среднем на 10 дней задерживается их выписка, в 3-4 раза возрастает стоимость лечения, и в 5-7 раз – риск летального исхода. Экономический ущерб, причиняемый ИСМП, значителен: в Российской Федерации эта цифра, по самым скромным подсчетам, может достигать 10-15 млрд. рублей в год (для сравнения – ежегодный экономический ущерб от ИСМП в Европе составляет примерно 7 млрд. евро, в США – 6,5 млрд. долларов). В Российской Федерации зарегистрирован ряд негативных факторов, свидетельствующих о возрастании риска инфицирования ВИЧ-инфекцией при получении медицинской помощи во время госпитализации в учреждения здравоохранения. В течение 2-х лет, с 1988 г. по 1989 г., при заносе ВИЧ-инфекции в медицинские учреждения сформировалось не менее 19 очагов внутрибольничного инфицирования в 7 территориях страны, с общим числом пострадавших более 290 человек, в том числе 270 детей. За период с 2007 г. по май 2013 г. зарегистрировано 15 случаев формирования очагов внутрибольничного инфицирования ВИЧ. Наиболее вероятными причинами заражения названы переливание инфицированной плазмы и продуктов крови, использование нестерильного медицинского инструментария, многократное использование нестерильного инъекционного инструментария. За период развития эпидемии ВИЧ-инфекции в Российской Федерации зарегистрировано 79 случаев инфицирования ВИЧ в ЛПО при гемотрансфузии свежзамороженной плазмы и продуктов крови. В 2012-2013 годах основной причиной заражения при гемотрансфузиях стало переливание эритроцитарной массы от кадровых доноров, находившихся в серонегативном окне (Смоленская, Кемеровская области). Работники здравоохранения находятся в группе повышенного риска заражения гемотрансмиссивными инфекциями, в том числе вирусами гепатита В и С, а также вирусом иммунодефицита человека. По данным ВОЗ, ежедневно от вирусного гепатита В погибает один медицинский работник. В нашей стране гепатит В занимает второе место в структуре профессиональной заболеваемости медицинских работников, а первое ранговое место остается туберкулез. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи существенно снижают качество жизни пациента, снижают работоспособность трудового коллектива ЛПО, оказывают негативное влияние на репутацию учреждений здравоохранения. Интенсивное развитие высокотехнологичных, инвазивных методов диагностики и лечения в сочетании с широким распространением микроорганизмов с множественной лекарственной устойчивостью определяет необходимость непрерывного совершенствования систем надзора и контроля.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** нормативная документация, регламентирующая организацию работы по профилактике исмп., ключевые положения в основе риск-ориентированного подхода к исмп., понятия «инфекционная безопасность». «инфекционный контроль», масштаб проблемы исмп. инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (исмп), внутрибольничные инфекции (вби), возбудители исмп. отличительные признаки возбудителей исмп. основные формы исмп. классификация исмп. заносы инфекции., противоэпидемический режим. противоэпидемические мероприятия., источники исмп. механизмы и факторы передачи исмп. резервуары возбудителей исмп. группы риска исмп. причины, способствующие росту заболеваемости исмп. выявление, учет и регистрация случаев исмп., микробиологический мониторинг исмп., лабораторная диагностика исмп., инфекционный процесс. правила организации и проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий в организациях, осуществляющих медицинскую деятельность., гемоконтактные инфекции: определение, актуальность проблемы, причины, группы риска медицинских работников., механизмы передачи, факторы передачи; выявление, учет и регистрация; лабораторная диагностика; особенности терапии, устойчивость вич во внешней среде., гепатит в, гепатит с. механизмы передачи, факторы передачи; выявление, учет и регистрация; лабораторная диагностика; специфическая профилактика гепатита в, устойчивость инфекции во внешней среде., мероприятия с целью профилактики заражения вич-инфекцией и парентеральными гепатитами при исполнении профессиональных обязанностей., мероприятия по профилактике передачи вич при оказании медицинской помощи., состав аптечки «анти-спид», профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи., профилактика парентеральных инфекций., **уметь** инфекционная безопасность. инфекционный контроль., **владеть**

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** кабинет сестринского дела

- **оснащение занятия:** комплект учебной мебели, посадочных мест, компьютер с возможностью подключения к сети «интернет» и доступом к электронной информационно-образовательной среде

7. Аннотация (краткое содержание темы)

Гигиеническая обработка рук.

Гигиеническую обработку рук мы будем проводить, опираясь на СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней" и методические указания 3.5.1.3674-20. Обеззараживание рук медицинских работников и кожных покровов пациентов при оказании медицинской помощи.

Нам известно, что руки персонала, являясь фактором передачи инфекций, играют наибольшее эпидемиологическое значение в ее передаче (более 50%).

Микроорганизмы, обитающие на коже рук медицинских работников и контаминирующие кожные покровы пациентов, представлены резидентной, т.е. естественной, постоянной микрофлорой и транзиторной, т.е. временно присутствующей микрофлорой.

Наибольшее эпидемиологическое значение имеет транзиторная микрофлора.

Видовой состав резидентных микроорганизмов представлен аэробными и анаэробными бактериями, такими как: *Staphylococcus spp*, *Corynebacterium spp.*, *Corynebacterium pseudodiphtheriticum*, а также бактериями рода *Propionibacterium*.

Изменения видового состава резидентной микрофлоры могут быть вызваны применением антибиотиков, состоянием иммунитета, кожными болезнями, неправильным использованием кожных антисептиков и другими факторами.

Резидентная микрофлора не вызывает патологических процессов на неповрежденной коже, однако может стать причиной инфекционного процесса при попадании в стерильные полости организма человека либо на поврежденную кожу. Резидентные микроорганизмы невозможно удалить полностью, однако можно снизить их количество применением кожных антисептиков.

Транзиторная микрофлора попадает на руки медицинского персонала при контакте с пациентами и проведении различных диагностических и лечебных вмешательств, а также при контакте с контаминированными объектами внутрибольничной среды и может длительно выживать на коже. Транзиторная микрофлора может быть представлена патогенными и условно-патогенными микроорганизмами, имеющими различную степень эпидемиологической опасности для пациентов и медицинских работников.

- Среди грамположительных микроорганизмов наибольшее значение имеют *Staphylococcus aureus*, в том числе метициллин-резистентный золотистый стафилококк (MRSA), *Streptococcus spp*, *Mycobacterium tuberculosis*.
- Среди грамотрицательных микроорганизмов возбудителями ИСМП могут быть *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella spp.* (в частности, *Klebsiella pneumoniae*), *Enterococcus spp.*, в том числе ванкомицин-резистентный энтерококк (VRE), *Salmonella spp.*, а также *Clostridium difficile* - возбудитель псевдомембранозного энтероколита.

Перечисленные в данном пункте возбудители ИСМП и другие возможные возбудители ИСМП (например, вирусы парентеральных гепатитов, ВИЧ, герпеса, цитомегалии, грибы рода *Candida* и т.д.) могут передаваться через необеззараженные руки медицинского персонала и пациентов.

Видовой состав микроорганизмов зависит от профиля медицинской организации и формируется из микрофлоры, привносимой пациентами и персоналом, создавая резервуар условно-патогенных и патогенных микроорганизмов внутрибольничной среды. Факторами, определяющими вероятность контаминации рук транзиторной микрофлорой и распространения возбудителей ИСМП, является наличие источников инфекции среди пациентов и медицинского персонала, виды и частота применяемых инструментальных методов обследования, диагностики и лечения больных, тип используемой лечебной и диагностической аппаратуры, количество проводимых инвазивных диагностических и лечебных процедур.

О том, что нам понадобится для гигиенической обработки рук.

Кожные антисептики.

Кожные антисептики выпускают в виде готовых к применению спиртовых или водных растворов, гелей, дезинфицирующих салфеток, жидких/пенных мыл с антимикробными свойствами.

Способ обработки рук зависит от формы выпуска антисептика:

- растворы, гели втирают в кожу, нанося средство из флакона, дозатора;
- дезинфицирующими салфетками протирают кожу рук;
- кожными антисептиками-моющими средствами моют кожные покровы.

Количество антисептика и время обработки определяется инструкцией по применению препарата, это значит, что необходимо набрать нужное количество антисептика и, обеспечить увлажненность рук на протяжении того времени, что указано в инструкции, в противном случае, обработка рук будет некачественной, не эффективной и, может быть, даже вредной.

Действующими веществами кожных антисептиков являются спирты (этиловый (этанол), изопропиловый (пропанол-2), пропиловый (пропанол-1) или смеси этих спиртов в разных количественных соотношениях), а также действующие вещества из других групп химических соединений.

Спиртосодержащие (без дополнительных антимикробных добавок) кожные антисептики имеют, как правило, оптимальную эффективность при концентрации спиртов (по массе):

- этилового - не менее 70%,
- изопропилового - не менее 60%,
- пропилового - не менее 50%;
- в композиционных составах кожных антисептиков оптимальное суммарное содержание этилового и/или изопропилового и/или пропилового спиртов должно составлять 60 - 70%.

В состав кожных антисептиков могут входить катионные поверхностно-активные вещества (КПАВ) - четвертичные аммониевые соединения (ЧАС), производные гуанидинов - полигексаметиленгуанидины (ПГМГ), хлоргексидина биглюконат (ХГБ), октенидин гидрохлорид, октенидин дигидрохлорид, третичные алкиламины, йодофоры, феноксиэтанол и др. Кожные антисептики должны отвечать следующим характеристикам:

- короткое время обработки;
- необходимый спектр антимикробного действия;
- безопасность для персонала и пациентов;
- удобная для применения форма выпуска.

По назначению кожные антисептики делятся на следующие классы:

- класс А - для обработки кожи операционного и инъекционного полей пациентов;
- класс Б - для обработки рук хирургов и других медицинских работников, участвующих в выполнении оперативных и иных инвазивных вмешательств;
- класс В - для гигиенической обработки кожных покровов.

Далее мы будем разговаривать об антисептиках класса В, поскольку антисептиками именно этого класса мы будем проводить гигиеническую обработку рук.

Кожные антисептики класса В предназначены для гигиенической обработки рук работников медицинских и др. организаций на всех этапах оказания медицинской помощи, а также ее обеспечения, включая работников пищеблоков и других вспомогательных подразделений; лиц, осуществляющих уборку помещений, обслуживание оборудования, другие работы в помещениях, предназначенных для оказания медицинской помощи, а также для пациентов, членов их семей, других лиц при посещении пациентов и уходе за ними.

Они обеспечивают снижение общей микробной обсемененности поверхности кожи не менее, чем на 95%. При выборе кожных антисептиков, моющих средств и средств для ухода за кожей рук следует учитывать индивидуальную переносимость медицинских работников.

Дозаторы.

Дозаторы представляют собой устройства для дозированного нанесения кожного антисептика или жидкого/пенного мыла на руки.

Для безопасного хранения и удобного дозированного извлечения расходных материалов (полотенец, перчаток, салфеток и др.) также используют специальные дозаторы (диспенсеры).

Применение механических или сенсорных дозаторов снижает риск перекрестной контаминации рук медицинских работников, пациентов, исключая или сводя к минимуму, контакт обрабатываемой кожи рук с устройством для дозирования, позволяет регулировать количество средства.

При использовании дозатора с заливным флаконом новую порцию антисептика (или мыла) наливают в дозатор

после его опорожнения с последующими дезинфекцией, промыванием водой и высушиванием (всех частей дозатора).

Дозаторы одноразового применения, повторному использованию не подлежат (доливать новую порцию антисептика или мыла в используемый дозатор с остатками средства не допускается!).

Разнообразные модели сенсорных дозаторов могут работать от сети, батареек, или от обоих источников питания.

Выпускаются также автоматические системы/станции, позволяющие дозированно наносить на руки антисептики, жидкое мыло и воду. Полная автоматизация работы устройства, возможность настройки режимов дозирования снижают общий расход кожных антисептиков.

Существуют модели дозаторов кожных антисептиков, подключаемые к автоматическим дверям. При этом двери откроются только в случае использования дозатора, что позволяет применять их при входе (выходе) в помещения высокого эпидемиологического риска - отделения интенсивной терапии, ожоговые, родильные, инфекционные и т.п.

Некоторые модели дозаторов имеют цветовое кодирование. Рекомендуется использовать разные цвета дозаторов в разных зонах медицинской организации в зависимости от требований к санитарно-противоэпидемическому режиму конкретной зоны.

Дозаторы с кожными антисептиками должны быть максимально доступны. Их размещают при входе в отделения, палаты, кабинеты, туалеты, другие помещения высокого эпидемиологического риска; в отделениях с высокой интенсивностью ухода за пациентами - у постели больного.

Диспенсеры для мыла и салфеток должны находиться в непосредственной близости от раковин, на расстоянии не более 40 см от смесителя (справа, слева или сверху).

Также необходимо предусматривать возможность обеспечения медицинских работников индивидуальными емкостями (флаконами) небольших объемов (100 мл) с кожным антисептиком. Следует отметить, что при гигиенической обработке рук антисептиком, высушивать руки не требуется, но, если гигиеническая обработка рук проводится с мылом и водой, для высушивания рук применяют чистые тканевые полотенца или бумажные салфетки однократного использования. Салфетки (полотенца) бумажные однократного применения выбирают с достаточной гигроскопичностью, плотностью, не оставляющие после использования видимых волокон на коже рук.

Отметим, что в санитарно-бытовых помещениях, помещениях приема пищи также допускается использовать электросушители или бесконтактные устройства для сушки рук. При обработке рук хирургов используют стерильные тканевые салфетки

В зависимости от выполняемой медицинской манипуляции и требуемого уровня снижения микробной контаминации кожи рук медицинский персонал осуществляет обработку рук по одному из способов:

- 1 способ - гигиеническая обработка рук
- 2 способ - обработки рук хирургов (а также других лиц, участвующих в выполнении оперативных вмешательств).

Обучение по гигиенической обработке рук проводится при поступлении на работу и далее не менее 1 раза в год, а также при внесении изменений в схему обработки рук, при смене оборудования, дозаторов и по другим причинам, а также с учетом результатов производственного контроля. Кстати, следует отметить, что необходимостью является систематическое обучение пациентов, посетителей правилам обработки рук, в том числе с использованием всех доступных средств наглядной информации.

Для удаления загрязнений и сопутствующего снижения микробной контаминации рук осуществляют гигиеническое мытье рук мылом (в том числе с антимикробными свойствами) и водой. *Мытье рук жидким мылом и водой необходимо при их явном загрязнении, этот способ не является заменой обработки рук кожным антисептиком. При гигиенической обработке рук мыло и спиртосодержащий антисептик не должны быть использованы вместе.*

Показания для гигиенической обработки рук:

- до и после непосредственного контакта с пациентом;
- после контакта с секретами или экскретами организма, слизистыми оболочками, повязками;
- перед выполнением инвазивных процедур (до контакта с инвазивным оборудованием);

- после контакта с медицинским оборудованием и другими объектами, находящимися в непосредственной близости от пациента;
- при переходе от более контаминированного микроорганизмами участка тела пациента к менее контаминированному при оказании медицинской помощи пациенту;
- перед надеванием медицинских перчаток и после их снятия.

Для обеспечения эффективного мытья и обеззараживания рук необходимо соблюдать следующие условия:

- ногти на руках - чистые, коротко остриженные, не покрытые лаком;
- отсутствие искусственных ногтей;
- на пальцах и кистях рук - отсутствие колец, перстней, элементов пирсинга, других украшений;
- микротравмы (порезы, проколы, заусеницы, царапины, микротрещины) необходимо обработать антисептическим лекарственным средством и закрыть водостойким лейкопластырем;
- перед обработкой рук необходимо снять часы, браслеты и другие украшения.

После гигиенической обработки рук, для снижения риска возникновения контактных дерматитов следует провести процедуру по уходу за кожей рук, используя кремы, лосьоны, бальзамы и прочее. К слову, уходовые средства закупаются наряду с антисептическими средствами.

Алгоритм гигиенической обработки рук кожным антисептиком.

Для обеспечения эффективного мытья и обеззараживания рук необходимо соблюсти следующие условия:

- *ногти на руках - чистые, коротко остриженные, не покрытые лаком;*

- отсутствие искусственных ногтей;
- на пальцах и кистях рук - отсутствие колец, перстней, элементов пирсинга, других украшений;
- микротравмы (порезы, проколы, заусеницы, царапины, микротрещины) необходимо обработать антисептическим лекарственным средством и закрыть водостойким лейкопластырем;
- перед обработкой рук необходимо снять часы, браслеты и другие украшения.

Выполнение процедуры:

1. нанести антисептик на ладонь;
2. потереть одну ладонь о другую;
3. правой ладонью растереть антисептик по тыльной поверхности левой кисти, переплетая пальцы, и наоборот, обработать запястья;
4. переплести пальцы, растирая ладонь о ладонь;
5. соединить пальцы в "замок", тыльной стороной согнутых пальцев растирать ладонь другой руки;
6. охватить большой палец левой руки правой ладонью и потереть его круговыми движениями, поменять руки и выполнить процедуру для другой руки;
7. круговыми движениями в направлении вперед и назад сомкнутыми пальцами правой руки потереть левую ладонь, поменять руки и выполнить процедуру для другой руки;

Когда антисептик высохнет, надеть перчатки, в случае, если обработка рук проводилась после работы, обработать руки средствами по уходу за кожей рук.

Алгоритм мытья рук мылом и водой.

Для обеспечения эффективного мытья и обеззараживания рук необходимо соблюсти следующие условия:

- ногти на руках - чистые, коротко остриженные, не покрытые лаком;
- отсутствие искусственных ногтей;
- на пальцах и кистях рук - отсутствие колец, перстней, элементов пирсинга, других украшений;
- микротравмы (порезы, проколы, заусеницы, царапины, микротрещины) необходимо обработать антисептическим лекарственным средством и закрыть водостойким лейкопластырем;
- перед обработкой рук необходимо снять часы, браслеты и другие украшения.

Выполнение процедуры:

1) настроить воду комфортной температуры, увлажнить руки водой;

2) намылить руки по схеме:

- отереть одну ладонь о другую;
- правой ладонью растереть антисептик по тыльной поверхности левой кисти, переплетая пальцы, и наоборот,

- обработать запястья (рисунок);
- переплести пальцы, растирая ладонь о ладонь;
- соединить пальцы в "замок", тыльной стороной согнутых пальцев растирать ладонь другой руки;
- охватить большой палец левой руки правой ладонью и потереть его круговыми движениями, поменять руки и выполнить процедуру для другой руки;
- круговыми движениями в направлении вперед и назад сомкнутыми пальцами правой руки потереть левую ладонь, поменять руки и выполнить процедуру для другой руки.

3) тщательно смыть мыло под проточной водопроводной водой, держа пальцы вверх, закрыть кран локтем, тщательно промокнуть руки одноразовым полотенцем (салфеткой), использованное полотенце поместить в емкость для сбора отходов класса А. Руки готовы к работе.

Показателями качественной гигиенической обработки рук служит отсутствие в смывах с рук санитарно-показательных микроорганизмов, вегетативных форм патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, а после обработки рук хирургов - отсутствие любых видов микроорганизмов в смывах с рук.

Правила использования перчаток для профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в медицинских организациях».

Разбирая данную тему, мы будем опираться на следующую нормативную документацию:

1. СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней";
2. Методические рекомендации МР 3.5.1.0113-16 «Использование перчаток для профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в медицинских организациях» (от 2 сентября 2016 г.);
3. Приказ от 18 декабря 2020 г. № 928н «Об утверждении правил по охране труда в медицинских организациях».

Медицинские перчатки однократного применения предназначены для защиты рук медицинского персонала и создания барьера между пациентом и медицинскими работниками при выполнении ими профессиональных обязанностей.

Медицинские перчатки должны отвечать требованиям, обеспечивающим их защитные (барьерные) и потребительские свойства:

- непроницаемость для микроорганизмов;
- герметичность (отсутствие сквозных дефектов);
- прочность;
- безопасность для здоровья пациента и медицинского персонала;
- удобство/комфортность;
- качественная упаковка и маркировка;
- простота утилизации;
- функциональность.

Медицинские работники должны знать основные свойства и эксплуатационные характеристики различных типов/видов перчаток, понимать, как их правильно применять с учетом функциональных свойств и наличия эпидемиологического риска.

В зависимости от степени инвазивности и риска инфицирования пациентов при проведении медицинской процедуры/манипуляции используемые медицинские перчатки делятся на 2 основные группы: хирургические и диагностические/смотровые.

- Хирургические перчатки используются во время оперативных вмешательств.
- Диагностические/смотровые перчатки используются при неинвазивных и инвазивных диагностических и терапевтических процедурах и манипуляциях, а также при обработке загрязненных медицинских изделий. Они могут быть стерильными или нестерильными.

Хирургические перчатки по целевому назначению делятся на универсальные (стандартные) и специализированные перчатки, обладающие дополнительными свойствами.

Универсальные хирургические перчатки соответствуют базовым требованиям к хирургическим перчаткам: имеют длинную манжету, среднюю толщину, высокую герметичность и прочность в соответствии со значениями, указанными в ГОСТ 52238-2004 для хирургических перчаток.

Специализированные хирургические перчатки, наряду с базовыми характеристиками, обладают рядом дополнительных свойств, соответствующих требованиям различных областей хирургии:

- микрохирургические тонкие перчатки, имеющие микротекстурированную поверхность для улучшения свойств удержания микрохирургических инструментов, применяют при оперативных вмешательствах, требующих повышенной тактильной чувствительности;
- ортопедические перчатки, обладающие повышенной толщиной и прочностью, используют во время манипуляций в травматологии и ортопедии;
- акушерские перчатки - перчатки с удлиненной манжетой (длина перчатки достигает 450 мм) используют во время манипуляций в акушерстве и гинекологии, а также при урологических и проктологических вмешательствах;
- радиозащитные хирургические перчатки из латекса, обеспечивающие радиационную защиту от рассеянного рентгеновского излучения, позволяют существенно снизить дозовую нагрузку на кожу рук. Их следует использовать при операциях в радиохирургии, вмешательствах с применением гибридных технологий с интраоперационной диагностикой и навигацией, ангиографией и т.д.;
- химиорезистентные синтетические перчатки, изготавливаемые из нитрила или полихлоропрена, обладают максимальной устойчивостью к воздействию химических средств. Их следует применять в тех случаях, когда во время оперативных вмешательств используется костный цемент, проводится химиотерапия.

Следует акцентировать внимание на том, что риск повреждения перчаток зависит от срочности, продолжительности и сложности оперативного вмешательства, а так же опыта медицинских работников. К ситуациям с повышенным риском инфицирования относятся любые экстренные хирургические вмешательства и инвазивные процедуры, а также оперативные вмешательства и инвазивные процедуры, проводимые пациентам с наличием инфекционных болезней.

С целью защиты рук медицинского персонала во время операций с повышенным риском инфицирования следует использовать:

- двойные перчатки - две пары перчаток, надетых одна на другую, значительно снижают риск сквозного прокола и контаминацию рук медицинского персонала;
- двойные перчатки с индикацией прокола - аналогично простым двойным перчаткам, система индикации значительно снижает риск сквозного прокола и обеспечивает более высокую степень защиты за счет быстрой визуализации повреждения: нижняя перчатка отличается от верхней по цвету и размеру, и жидкость, проникающая между перчатками при проколе, образует контрастное пятно. Своевременное выявление прокола и замена перчатки существенно сокращают время контакта с кровью пациента и снижают риск инфицирования медицинского работника;
- «кольчужные» перчатки - используются в качестве дополнительной защиты совместно с перчатками из латекса или других эластичных материалов во время оперативных вмешательств при наличии высокого риска пореза. Данный вид перчаток защищает от порезов, но не обеспечивает защиты от проколов).

В зависимости от материала, из которого изготовлены, медицинские перчатки могут быть двух типов:

- перчатки из натурального каучукового латекса (латексные перчатки);
- перчатки из синтетических полимеров (синтетические перчатки).

Латексные перчатки обладают высокой эластичностью и прочностью, но не могут быть использованы при наличии у пациента или медицинского работника аллергии к белкам натурального латекса, а также при контакте с химически агрессивными веществами. Натуральный латекс обладает выраженной эластичностью и прочностью, что обеспечивает высокие барьерные свойства латексных перчаток.

Синтетические перчатки применяются при наличии у медицинского работника аллергии к белкам натурального латекса, а также при контакте с химически агрессивными веществами.

Для медицинских целей используются:

- перчатки из полиизопрена. Полиизопрен является наиболее близким по структуре и свойствам к природному латексу синтетическим материалом. Он обладает высокой эластичностью и прочностью и используется для изготовления хирургических перчаток;
- перчатки из полихлоропрена (неопрена) обладают высокой устойчивостью к химическим агрессивным веществам, поэтому при работе с костным цементом, цитостатиками, дезинфицирующими средствами, спиртами и т.п. следует выбирать перчатки из этих материалов. Полихлоропрен более эластичен и чаще используется для производства хирургических перчаток;
- перчатки из нитрила чаще используются для изготовления диагностических перчаток, т.к. материал Нитрил обладает низкой растяжимостью;
- виниловые перчатки можно использовать во время выполнения простых кратковременных процедур с низкой нагрузкой на материал. Винил обладает наименьшей эластичностью и прочностью среди всех

материалов, используемых в производстве медицинских перчаток, поэтому он применяется только для изготовления диагностических перчаток, однако виниловые перчатки устойчивы к действию масел.

В зависимости от способа обработки внутренней поверхности, медицинские перчатки делятся на:

- опудренные;
- неопудренные;
- обработанные полимерным покрытием (полиуретан, силикон и др.).

Медицинские перчатки могут различаться по фактуре внешней поверхности. В зависимости от способа обработки перчатки могут иметь:

- гладкую поверхность;
- текстурный рисунок, нанесенный на какой-либо участок или на всю поверхность перчатки;
- микротекстурированную поверхность.

Форма (конструкция) медицинских перчаток может быть:

- анатомической (большой палец противостоит плоскости ладони, перчатки разделяются на правую и левую);
- неанатомической или плоской (большой палец расположен в плоскости ладони, перчатки не имеют разделения на правую и левую руки).

Медицинские перчатки различаются по способу обработки края манжеты:

- манжета с обрезанным краем (с полосой против скольжения и без нее);
- край манжеты закатан в валик (с полосой против скольжения и без нее).

Медицинские перчатки различаются по размерам.

- Шкала размеров для хирургических перчаток включает 10 стандартных размеров - от 5,0 до 9,5.
- Шкала размеров диагностических перчаток включает 5 размеров - от XS до XL.

Размеры медицинских перчаток

А. Хирургические перчатки.

1. Хирургические перчатки в зависимости от длины III пальца, ширины запястья и кисти имеют следующие стандартные размеры: 5, 5,5, 6, 6,5, 7, 7,5, 8, 8,5, 9, 9,5.

Таблица 1. Шкала размеров хирургических перчаток.

Обхват кисти, см 14 15 16 17 19 20 22 23 24 25

Размер перчатки 5 5.5 6 6.5 7 7.5 8 8.5 9 9.5

2. Длина хирургических перчаток, в зависимости от размера, 250-280 мм, акушерских перчаток - 450 мм.

Б. Диагностические (смотровые) перчатки.

Размеры диагностических (смотровых) перчаток

- Сверхмалый (X-S) - соответствуют размерам 5 - 6;
- Малый (S) - соответствует размеру 6,5 - 7 (по ГОСТ 3-88);
- Средний (M) - соответствует размерам 7 - и 7,5;
- Большой (L) - соответствует размерам 8 - 8,5;
- Сверхбольшой (XL) - соответствуют размерам 9 - 10.

Таблица 3. Шкала размеров диагностических перчаток.

Размер перчатки

XS(5-6) S (6-7) M (7-8) L (8-9) XL (9-10)

Ширина ладони перчатки (мм)

240 240 240 240 240

Длина перчатки (мм)

245 245 245 245 245

Выбор медицинских перчаток

Медицинские перчатки необходимо надевать:

- во всех случаях, когда возможен контакт с кровью или другими биологическими субстратами, потенциально или явно контаминированными микроорганизмами;
- при контакте со слизистыми оболочками;
- при контакте с поврежденной кожей;
- при использовании колющих и режущих инструментов;
- при контакте с агрессивными жидкостями;
- при проведении инвазивных диагностических и лечебных манипуляций.

При выполнении всех видов оперативных вмешательств медицинские работники должны использовать стерильные хирургические перчатки.

При выполнении неинвазивных диагностических процедур, внутрикожных, подкожных и внутримышечных инъекций, при работе с имплантированными портами сосудистых устройств (катетеров), заборе капиллярной крови, катетеризации периферических вен, заборе крови из периферических вен и введении лекарственных препаратов в периферические вены, при работе в клиничко-диагностических, бактериологических лабораториях, а также при обработке загрязненных медицинских инструментов и материалов рекомендуется использовать нестерильные диагностические перчатки.

При введении стерильного устройства в стерильные полости организма, постановке центрального сосудистого катетера, замене повязке и других манипуляциях с ним, люмбальной пункции, пункции сустава и др. следует использовать стерильные диагностические или хирургические перчатки.

Правила применения медицинских перчаток.

- Перед надеванием нестерильных или стерильных перчаток проводится гигиеническая обработка рук или обработка рук хирургов соответственно. Перчатки надевают только после полного высыхания антисептика на коже рук. При наличии на руках микротравм, царапин, ссадин место повреждения заклеивается лейкопластырем.
- После снятия перчаток проводится гигиеническая обработка кожи рук антисептиками. Использованные перчатки после парентеральных манипуляций, в том числе перевязок, удаляют как медицинские отходы класса Б.
- Запрещено использование одной и той же пары одноразовых перчаток при проведении медицинских манипуляций нескольким пациентам, а также при выполнении медицинских манипуляций у одного пациента, но в различных анатомических областях, отличающихся по составу микрофлоры.
- Стерильные перчатки необходимо использовать при любых асептических (стерильных) процедурах, при выполнении которых возможен контакт со стерильными зонами/полостями организма, а также контакт с раневой поверхностью кожи и слизистой.
- Нестерильные перчатки необходимо использовать в случаях риска контакта медицинских работников с кровью, другими биологическими жидкостями, поврежденной кожей и слизистой, с медицинскими изделиями загрязненными биологическими жидкостями организма.
- Нестерильные перчатки всегда следует использовать в качестве мер стандартной предосторожности при работе с пациентами, инфицированными и/или колонизированными резистентными микроорганизмами (грамотрицательные бактерии резистентные к 3 и более классам антибиотиков, резистентные к карбапенемам, метициллинрезистентный стафилококк, ванкомицинрезистентный энтерококк), а также пациентами с псевдомембранозным колитом, вызванным *Clostridium difficile*, и лицами, инфицированными вирусами-возбудителями гемоконтактных инфекций (ВГВ, ВГС, ВИЧ и др.).
- Перчатки можно не использовать в ситуациях контакта с неповрежденной кожей, с предметами окружающей обстановки.
- Перчатки во время выполнения манипуляций не рекомендуется обрабатывать антисептическими и дезинфицирующими средствами, так как это отрицательно влияет на их герметичность и может привести к усилению проницаемости.

Необходимо правильно хранить перчатки, так как нарушения при хранении могут привести к снижению качества перчаток.

Медицинские перчатки следует хранить в хорошо проветриваемом помещении, вдали от источников тепла, солнечных лучей, прямого воздействия источников света и электрического оборудования, при температуре не выше 25°C (чрезмерное нагревание может привести к потере эластичности и упругости материала), при влажности не более 65% (если температура хранения упадет ниже 10°C, может возникнуть конденсат).

В случае, если температура хранения ниже 10°C, перчатки перед использованием следует согреть до 25°C, иначе могут возникнуть затруднения вследствие временной потери эластичности.

Алгоритм надевания стерильных перчаток.

Показания к проведению:

- хирургические процедуры;
- роды;
- доступ к сосудам и манипуляции с ними (центральная линия);
- работа с новорожденными.

Противопоказания:

- аллергия на материал, из которого изготовлены перчатки.

Осложнения:

- нет.

Оснащение:

упаковка стерильных перчаток;

- емкость для сбора отходов с соответствующей маркировкой «Отходы класса «А».

Подготовка к надеванию стерильных перчаток:

- взять упаковку перчаток подходящего размера, проверить целостность упаковки и срок годности;
- вскрыть наружную упаковку и поместить в емкость для сбора отходов с маркировкой: «отходы класса «А»;
- перчатки во внутренней упаковке поместить на столик;
- провести обработку рук в соответствии с алгоритмом,
- дождаться полного высыхания рук.

Выполнение процедуры.

Надеть перчатки по схеме:

- правой рукой взять левую перчатку на внутренний отворот, сомкнуть пальцы левой руки и ввести внутрь перчатки, не задевая руками стерильную наружную часть перчатки, отворот не расправлять.
- поместить 2 и 3,4 пальцы левой руки под отворот правой перчатки, пальцы правой руки сомкнуть и ввести в перчатку.
- развернуть отворот правой перчатки, не нарушая стерильность перчаток.
- развернуть отворот левой перчатки, подведя пальцы правой руки под отворот, не нарушая стерильность перчаток.

Алгоритм снятия использованных перчаток.

Показания к проведению:

- после завершения работы;
- по прошествии 60-120 минут;
- после повреждения (прокола);
- после обнаружения дефекта;
- после случайного электрического удара от электрохирургического инструмента;
- при попадании (впитывании) под перчатку любой жидкости;
- при появлении липкости;
- при ощущении появления «перчаточного сока»;
- при переходе от «грязного» этапа операции к «чистому».

Противопоказания:

- нет.

Осложнения:

- риск контакта с загрязненной поверхностью;
- риск инфицирования.

Оснащение:

- перчатки;
- емкость для сбора отходов с соответствующей маркировкой «Отходы класса «Б»».

Примечание: одноразовые перчатки после использования подлежат обеззараживанию/обезвреживанию как медицинские отходы соответствующего класса (как правило, классов Б или В, в некоторых случаях Г или Д).

Подготовка к снятию использованных перчаток:

- Провести очистку перчаток антисептиком (в случае загрязнения их биологическими жидкостями).

Выполнение процедуры:

Снять перчатки по схеме:

- не задевая кожи рук сделать отворот на перчатке (левой или правой),
- не задевая кожи рук сделать отворотна другой перчатке и снять ее с руки, выворачивая внутренней стороной наружу и помещая в кулак другой руки в перчатке.
- пальцами рук захватить за внутренний отворот перчатки и снять ее, вывернув внутренней стороной наружу, при этом первая снятая перчатка должна оказаться внутри второй.
- поместить перчатки в емкость для сбора отходов класса "Б".
- провести гигиеническую обработку рук.

Применение медицинских масок.

Опираемся будем на следующие документы:

- ГОСТ Р 58396-2019 Национальный стандарт российской федерации маски медицинские Требования и методы испытаний Medical face masks. Requirements and test methods ОКС 11.140 Дата введения 2019-10-01
- МР 3.1.0140-18. 3.1. Профилактика инфекционных болезней. «Неспецифическая профилактика гриппа и других острых респираторных инфекций». (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 10.12.2018) Приложение 7 Барьерные средства предотвращения передачи возбудителей ОРИ воздушно-капельным путем и их использование.
- Методические рекомендации МР 3.1/3.5.0172/1-20 «Рекомендации по применению средств индивидуальной защиты (в том числе многоразового использования) для различных категорий граждан при рисках инфицирования COVID-19» (утв. Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека 11 апреля 2020 г.)

Медицинская маска (medical face mask) – это медицинское изделие, закрывающее нос и рот и обеспечивающее барьер для минимизации прямой передачи инфекционных агентов между персоналом и пациентом.

- Медицинская маска состоит, как правило, из фильтрующего слоя, помещенного, связанного или спрессованного между слоями ткани.
- Медицинская маска не должна расслаиваться, распадаться или разрываться во время использования.
- Медицинская маска должна иметь средства фиксации, с помощью которых она может плотно облепать нос, рот и подбородок пользователя и которые обеспечивают плотное прилегание маски к лицу по бокам.
- Медицинские маски могут иметь различную форму и конструкцию, а также дополнительные функции, такие как экран для лица (для защиты пользователя от брызг и капель) с функцией или без функции защиты от запотевания либо носовой фиксатор (для улучшения прилегания за счет повторения формы носа).
- Медицинские маски должны быть с эффективной бактериальной фильтрацией, хорошей воздухопроницаемостью, брызгоустойчивостью и хорошо выдерживать бионагрузку.

При дыхании, разговоре, кашле, чихании и т.д. у человека выделяется то или иное количество капельных частиц из слизистых оболочек ротовой и носовой полости. Большинство частиц имеют размер от 0,5 до 12 мкм в диаметре, и особенно крупные капли могут содержать микроорганизмы источника. Частицы впоследствии могут распространяться воздушным путем и попадать на восприимчивые участки, такие как открытые операционные раны или стерильное оборудование.

Медицинские маски предназначены для использования в операционных и медицинских помещениях с аналогичными требованиями для полной защиты рабочей среды.

В указанном выше стандарте описаны два типа медицинских масок с соответствующими уровнями защиты.

Как минимум, медицинские маски типа I используют для пациентов для снижения риска распространения инфекции, особенно при эпидемиях и пандемиях.

Маски типа II преимущественно используют профессионалы в области здравоохранения в операционных или в иных медицинских помещениях с аналогичными требованиями.

Особыми условиями, также регулируемые в отношении медицинских изделий, является потребность пользователя защитить себя от брызг потенциально загрязненных жидкостей и частиц, которые возникают в хирургической среде, например путем использования устройств для электрокаутеризации.

Если предусмотренным применением маски является защита пользователя от инфекционных агентов (бактерии, вирусы или грибы), следует рассмотреть использование респиратора.

Функциональные характеристики респираторов представлены в EN 149.

Предполагаемый уровень эффективности маски зависит от ряда факторов, таких как эффективность фильтрации, качество материалов и степень прилегания маски к лицу пользователя. Различные конструкции подходят для различных применений, и поэтому тщательный выбор маски важен для достижения желаемого результата.

Фильтрующая способность материалов маски может варьироваться в зависимости от фильтрующего материала.

Степень прилегания маски значительно различается для масок, которые крепятся с помощью петель за ушами пользователя, и масок, фиксирующихся вокруг головы и имеющих носовой фиксатор, который может повторять форму носа пользователя.

Еще одним учитываемым фактором является способность маски поглощать влагу из выдыхаемого воздуха и тем самым поддерживать свои функциональные характеристики в течение более длительного периода времени.

Улучшенные конструкции легко сохраняют свои функциональные характеристики в течение даже очень длительных операций, в то время как менее усовершенствованные изделия предназначены только для коротких процедур.

Риск загрязнения, возникающий в результате контакта рук с использованной маской, является причиной обязательной утилизации маски после ее снятия.

При дополнительной потребности в защите следует надеть новую маску. Контакт с использованной маской или надевание новой маски всегда должны сопровождаться процедурой дезинфекции рук в полном объеме, а использованная маска должна быть утилизирована после ее применения или между двумя процедурами.

Использование соответствующей маски является эффективным средством защиты рабочей среды от капельного загрязнения выделениями из носовой полости и горла во время проведения медицинских процедур. При этом доступны маски с широким диапазоном функциональных характеристик. Поэтому такие факторы, как риск инфицирования и степень прилегания маски, следует тщательно учитывать при выборе маски.

Самыми простыми и доступными для массового применения средствами предотвращения передачи возбудителей ОРИ воздушно-капельным путем, могут служить одноразовые медицинские маски промышленного производства (процедурные, хирургические и т.д.).

Применение медицинских масок снижает риск передачи инфекции в двух направлениях -

- при использовании больным маска предотвращает выброс возбудителей в окружающую среду,
- применение маски здоровым при контакте с больным защищает его от крупных частиц аэрозоля,

образующихся при чихании и кашле больного.

Медицинские маски подразделяются по количеству слоев материала на трехслойные и четырехслойные.

- Трехслойные медицинские маски изготовлены из двух слоев нетканого материала и слоя фильтра между ними. Существуют маски маленького размера для применения детьми. Трехслойные медицинские маски могут применяться персоналом общетерапевтического профиля, при манипуляциях и рутинных процедурах при контакте с больными ОРВИ в неинфекционных стационарах. Больным ОРВИ - до проведения изоляционно-ограничительных мероприятий. Лицам с признаками ОРВИ рекомендуется использовать медицинские маски в период нахождения в общественных местах, включая медицинскую организацию, транспорт, предприятия торговли, общественного питания и др.
- Четырехслойные медицинские маски для дополнительной защиты от проникновения жидкости снабжены четвертым брызгозащитным слоем из пленки, устойчивой к струе жидкости, находящейся под давлением. Некоторые из них могут иметь экран для защиты глаз. Такие медицинские маски могут быть использованы медицинским персоналом при проведении манипуляций с риском образования брызг инфицированной жидкости.

Следует иметь в виду, что эффективность использования медицинских масок, даже в случае изготовления из качественных материалов, не может превышать 80%, так как степень их прилегания к коже небезупречна, что допускает возможность поступления нефильтрованного воздуха через пространство между маской и лицом.

Правила использования медицинских масок.

1. Медицинскую маску используют однократно.
2. Надевать маску следует так, чтобы она закрывала рот, нос и подбородок, и плотно фиксировалась (при наличии завязок на маске их следует крепко завязать). Если одна из поверхностей маски имеет цвет, то маску надевают белой стороной к лицу.
3. При наличии специальных складок на маске их необходимо развернуть, а при наличии вшитой гибкой пластины в области носа, ее следует плотно пригнуть по спинке носа для обеспечения наиболее полного прилегания к лицу.
4. При использовании маски необходимо избегать прикосновений к фильтрующей поверхности руками. В случае прикосновения к маске необходимо вымыть руки (провести обработку рук кожными антисептиками).
5. Менять маски необходимо не реже чем через 3 часа. Если маска увлажнилась, ее следует заменить на новую.
6. Снимать маску следует за резинки (завязки), не прикасаясь к фильтрующей поверхности.
7. В медицинских организациях использованные медицинские маски подлежат обеззараживанию и удалению как отходы класса Б в соответствии с действующим санитарным законодательством. В домашних условиях использованные медицинские маски собирают в отдельный пакет и утилизируют вместе с бытовым мусором.
8. В домашних условиях при невозможности приобретения медицинских масок допустимо использовать самостоятельно изготовленные четырехслойные марлевые повязки прямоугольной формы. Они должны иметь достаточную площадь, чтобы полностью закрывать нос, рот, щеки и подбородок и закрепляться на затылке с помощью четырех завязок. Правила их использования аналогичны правилам использования медицинских масок. Самостоятельно изготовленные четырехслойные марлевые повязки, при необходимости их повторного использования, обезвреживают путем погружения в раствор любого моющего средства с последующим кипячением в течение 15 минут с момента закипания (или стирают в стиральной машине в режиме кипячения при 95 °С). Затем повязки прополаскивают, высушивают и проглаживают с двух сторон утюгом при температуре, рекомендованной для изделий из хлопка.

Респираторы.

Для обеспечения большей степени защиты для предотвращения передачи возбудителей ОРВИ воздушно-капельным путем, используются респираторы. Наличие зарубежных стандартов и требований к респираторам для медицинских работников (EN 149 «European Standards for disposable filtering face piece respirators»; «42 CFR Part 84 Respiratory Protective Device.»), а также действующих в РФ ГОСТ с аналогичными характеристиками и требованиями к проверке эффективности СИЗОД (ГОСТ 12.4.034-2017, ГОСТ 12.4.294-2015, ГОСТ 12.4.246- 2016), позволяет рекомендовать для использования медицинскими работниками фильтрующие противоаэрозольные респираторы. В отличие от медицинских масок за счет плотного прилегания к лицу и использования специальных фильтров, противоаэрозольные респираторы способны обеспечить фильтрующую эффективность от 80 до 99,7%.

По степени фильтрующей активности респираторы подразделяются на следующие классы защиты:

- обладающие низкой фильтрующей активностью (класс защиты FFP1);
- обладающие средней фильтрующей активностью (класс защиты FFP2);
- обладающие высокой фильтрующей активностью (класс защиты FFP3).

коэффициент проницаемости тест-аэрозолями (при расходе воздушного потока 95 л /мин) по российским и европейским требованиям для классов респираторов: не должен превышать

- FFP1 20%,
- FFP2 - 6%,
- FFP3 - 1%.

Респираторы могут быть дополнительно снабжены клапаном для выдыхаемого воздуха с целью уменьшения контакта фильтра с влагой, что способствует более длительному сохранению высокой фильтрующей способности устройства (что необходимо, например, при продолжительной работе в очагах инфекций). В таких респираторах выдыхаемый воздух выпускается через клапан, не подвергаясь очистке. Решение о выборе респиратора определенного класса защиты принимается исходя из его назначения и соответствия выполняемым операциям, а также вероятности инфицирования медицинского персонала возбудителем и известной или предполагаемой группы патогенности.

- При контакте медицинского персонала с больными ОРВИ и контаминированным больничным бельем в медицинских организациях общего профиля рекомендуются респираторы класса защиты FFP1 или FFP2.
- В медицинских организациях любого профиля в период эпидемического подъема гриппа рекомендуются респираторы класса защиты FFP2.
- При работе с биологическим материалом пациента - рекомендуются респираторы класса защиты FFP2.
- При контакте медицинского персонала с пациентами и контаминированным больничным бельем в медицинских организациях специализированного профиля (инфекционные, туберкулезные) рекомендуются респираторы более высокого класса защиты - FFP2 или FFP3.
- При работе с больными высокопатогенным гриппом, ТОРС (включая взятие материала и вскрытие трупа погибшего), при работе в изоляторе, где находятся контактировавшие с больными этими инфекциями, при проведении текущей и заключительной дезинфекции в очагах данных заболеваний, следует использовать респираторы с максимальной фильтрующей эффективностью - FFP3.

Медицинские организации должны приобретать респираторы с маркировкой специальным знаком соответствия (или знаком обращения на рынке СИЗОД) с заверенной копией сертификата соответствия. В сопроводительных документах должна присутствовать информация о производителе или официальном поставщике, а также следующая информация: тип и класс защиты респиратора; номер стандарта, регламентирующего требования к респиратору и год его публикации; год изготовления, срок годности или дата истечения срока годности (в случае, если с течением времени изменяются эксплуатационные свойства); рекомендуемые условия хранения (температура и влажность воздуха); инструкция по эксплуатации. При выборе конструкции респиратора необходимо предусмотреть совместимость с другими видами СИЗ (очки, щитки, шапочки и др.). Ответственность за своевременное и полное обеспечение работников респираторами, а также за организацию контроля по их правильному применению, несет руководитель медицинской организации. Для обеспечения эффективности защиты при использовании респираторов необходимо строго соблюдать установленные правила их эксплуатации. Все лица перед их применением должны пройти инструктаж о наличии и характере вредных для здоровья факторов воздушной среды, об устройстве конкретного респиратора, правилах его применения, хранения и замены, признаках неисправности, о режиме труда работающих в респираторах. Лицам с нарушениями функций дыхательной и сердечно-сосудистой системы перед применением респиратора следует проконсультироваться с врачом, поскольку существует ряд противопоказаний к использованию респираторов.

Для сотрудников медицинских организаций инструктаж о применении респираторов проводит инженер по технике безопасности, для пациентов с клиникой ОРВИ - лечащий врач.

При подборе респиратора для каждого работника необходимо учитывать следующие особенности, в том числе:

- размеры и форму лица - респиратор должен плотно прилегать к лицу пользователя, для обеспечения адекватной защиты; наличие бороды или рубцов после ожогов на лице может нарушить прилегание респиратора к лицу и снизить общую эффективность защиты;
- интенсивность и условия труда - при работах, связанных с неблагоприятными метеорологическими условиями (при температуре воздуха выше +28 °С или ниже 0 °С) предпочтение отдают респираторам с клапанами выдоха.

Респираторы требуются также при приготовлении и использовании химических средств дезинфекции. С этой

целью в медицинских организациях целесообразно использовать одноразовые противогазоаэрозольные респираторы FFP1 A/B или FFP2 A/B (по ГОСТ 12.4.235-2012 фильтры марки А предназначены для защиты от органических газов и паров с температурой кипения выше 65 °С; марки В - для защиты от неорганических газов и паров; класс (1, 2 или 3) выбирается в зависимости от необходимого времени защитного действия).

Правила использования респираторов.

- Респираторы должны храниться с соблюдением рекомендованной производителем температуры и влажности воздуха.
- Перед использованием необходимо тщательно изучить инструкцию по эксплуатации данного респиратора.
- Пользователь мужского пола должен быть тщательно выбрит, чтобы борода, усы или бакенбарды не нарушали герметичность прилегания респиратора к лицу.
- Респиратор следует надевать, вместе с другими СИЗ, перед входением в помещение, где присутствуют опасные биологические факторы или перед работой с вредными химическими факторами.
- Перед применением респиратор должен быть проверен визуально на целостность, а также на герметичность, при надевании.
- В случае намочения во время эксплуатации респиратор подлежит замене.
- Снимать респиратор следует, не прикасаясь к фильтрующей поверхности.
- В медицинских организациях после использования респираторы однократного применения обеззараживают и удаляют как отходы класса Б или В.
- Срок эксплуатации респиратора, правила ухода (чистка, дезинфекция, если применимо), порядок утилизации определяются производителем и проводятся в строгом соответствии с инструкцией по использованию конкретной модели респиратора.

Рекомендации по применению средств индивидуальной защиты (в том числе многоразового использования) для различных категорий граждан при рисках инфицирования COVID-19.

В зависимости от характера выполняемой работы пользуются следующими типами защитных костюмов (в том числе многоразового применения):

- I тип - полный защитный костюм, состоящий из комбинезона или пижамы, капюшона (большой косынки), противочумного халата, ватно-марлевой маски (противопылевого респиратора), очков, резиновых перчаток, носков, сапог резиновых (водонепроницаемых бахил), полотенца (плюс клеенчатый фартук и нарукавники);
- II тип - защитный костюм, состоящий из комбинезона или пижамы, противочумного (большого) халата, капюшона (большой косынки), ватно-марлевой маски, резиновых перчаток, носков, сапог резиновых (водонепроницаемых бахил или моющейся закрытой обуви) и полотенца;
- III тип - пижама, медицинский халат, шапочка (большая косынка), ватно-марлевая маска, резиновые перчатки, носки, моющаяся обувь и полотенце;
- IV тип - пижама, медицинский халат, шапочка или марлевая косынка, ватно-марлевая маска, носки, перчатки, тапочки или туфли.

Особенностью защитной одежды при рисках инфицирования COVID-19 является обязательное применение средств индивидуальной защиты органов дыхания (полнолицевых масок, противогазов, респираторов, ватно-марлевых масок) и перчаток. В зависимости от вида выполняемых работ в условиях распространения COVID-19 профессиональные группы делят на следующие категории риска инфицирования вирусом SARSCoV-2, который в настоящее время отнесен ко II группе патогенности:

- чрезвычайно высокого профессионального риска;
- высокого профессионального риска;
- среднего профессионального риска;
- малого профессионального риска.

К лицам чрезвычайно высокого профессионального риска, которые должны в ходе своей деятельности применять защитную одежду I типа относятся:

- сотрудники микробиологических вирусологических, в том числе производственных лабораторий, выполняющих исследовательские работы с вирусом SARSCoV-2, диагностические или производственные работы, связанные с выделением SARSCoV-2;
- сотрудники специализированных инфекционных стационаров (отделений), имеющие непосредственный контакт с больными COVID-19, подтвержденными лабораторно;
- сотрудники патолого-анатомических (судебно-медицинских) отделений, выполняющих вскрытие трупов людей, погибших от COVID-19 и подготовку к захоронению.

К лицам высокого профессионального риска, которые должны в ходе своей деятельности применять защитную одежду II типа относятся:

- сотрудники диагностических лабораторий, проводящих первичные исследования на COVID-19;
- сотрудники скорой (неотложной) медицинской помощи;
- сотрудники инфекционных отделений медицинских организаций или перепрофилированных медицинских организаций для провизорного наблюдения за подозрительными на COVID-19;
- сотрудники приемных отделений, медицинских организаций, оказывающих помощь больным с заболеваниями органов дыхания, реанимационную и специализированную помощь;
- сотрудники поликлиник и фельдшерско-акушерских пунктов, оказывающих медицинскую помощь на дому лицам с признаками инфекционных заболеваний;
- лица, проводящие текущую и заключительную дезинфекцию при наличии или после убытия больных COVID-19.

К лицам среднего профессионального риска, которые должны в ходе своей деятельности применять защитную одежду III-IV типа относятся:

- все медицинские работники, включая сотрудников обсерваторов и лиц, осуществляющих медицинское наблюдение за клинически здоровыми лицами на дому (III тип);
- сотрудники сферы услуг, имеющие непосредственный контакт с человеком (клиентом) (парикмахерские, салоны красоты, спа-салоны, маникюрные салоны и другие) (IV тип).

К лицам низкого профессионального риска, которые должны в ходе своей деятельности применять защитную одежду, состоящую из средств защиты органов дыхания (масок) и перчаток относятся лица, профессиональная деятельность которых связана с контактами большого числа людей: персонал торговых центров и магазинов, работники сферы услуг, объектов культуры (выставочные залы, театры и другие места массового посещения людей), транспорта и транспортных узлов, федеральных органов исполнительной власти (ФОИВ), оказывающих консультационную помощь и выполняющих контрольно-надзорные функции.

При использовании защитной одежды многократного применения необходимо четко выполнять требования по времени эксплуатации, порядку сбора и обеззараживания.

При пользовании респираторами необходимо соблюдать следующие правила эксплуатации респираторов:

1. Персонал должен быть обучен правилам использования и показаниям для применения респираторов.
2. Перед использованием необходимо тщательно изучить прилагаемую к респиратору инструкцию.
3. Респиратор следует надевать перед входением в помещение, где присутствуют опасные биологические факторы.
4. Возможно, вредные факторы воздействуют на организм не только через органы дыхания, поэтому может возникнуть потребность в дополнительных средствах индивидуальной защиты, например, глаз или кожи рук.
5. Некоторые типы респираторов имеют разные размеры, поэтому необходимо подобрать респиратор, подходящий по размеру лица/головы.
6. При наличии странгулятора необходимо обжать его по переносице.
7. Завязать ленты оголовья следует таким образом, чтобы с одной стороны обеспечить надежное прилегание респиратора, а с другой исключить чрезмерное давление респиратора на кожу лица.
8. Респиратор должен закрывать как нос, так и рот.
9. Перед применением респиратор должен быть проверен визуально на предмет наличия повреждений целостности, а также на герметичность, при надевании.
10. Пользователь мужского пола должен быть тщательно выбрит, чтобы борода, усы или бакенбарды не мешали герметичному прилеганию респиратора.
11. Респиратор подлежит замене в случае значительного сопротивления дыханию, при его повреждении и намокании и проникновении запаха вредного вещества.
12. После работы с вредными биологическими факторами, отработанные одноразовые респираторы утилизируют как отходы класса Б или В, а после работы с вредными химическими факторами - как отходы класса Г.
13. Лицам с нарушениями функций дыхательной, сердечно-сосудистой системы перед применением респиратора следует проконсультироваться с врачом, так как существует ряд противопоказаний к использованию респираторов.

Использование защитных медицинских очков, экранов.

Защитные медицинские очки защищают органы зрения от брызг биологических жидкостей (крови, гноя, мочи, лимфы, околоплодных вод при экстренном кесаревом сечении и т.д.) и химических препаратов, лекарств;

летающих осколков и пыли (например, при операциях с распиливанием костей); чистящих средств и их испарений при уборке лечебно-профилактических учреждений.

Отдельным типом средств индивидуальной защиты (СИЗ) глаз являются лицевые щитки – большие экраны с различными способами крепления: с помощью заушников, носовых упоров или головной ленты. Они предотвращают попадание брызг и частиц не только в глаза, но и на все лицо, защищая его спереди и с боков.

- Экраны удобны тем, что без дискомфорта могут использоваться вместе с другими СИЗ – защитными очками, масками, респираторами.
- Открытые очки – соприкасаются с лицом только частью корпуса или оправы; по виду напоминают обычные солнцезащитные, но их дужки могут быть значительно увеличены в височных частях. Защищают от брызг, мелких частиц, радиоволн; со светофильтром – также от слепящего излучения видимого, инфракрасного и ультрафиолетового спектра, могут использоваться при работе с лазером.
- Закрытые очки – прилегают к лицу всем контуром корпуса, дополнительно закрывая глаза сверху и снизу; внешне больше напоминают подводную маску и используются в работе с лазером.

Многие модели обоих типов позволяют носить их поверх корректирующих фокальных очков.

Уход за медицинскими защитными очками предполагает:

- Периодический осмотр на предмет повреждений.
- Чистку и дезинфекцию (способы, подходящие для каждой конкретной модели, описываются в прилагаемой к ней инструкции; многие модели могут автоклавироваться).
- Хранение в пылезащитном футляре.
- При необходимости – обработку специальным раствором, предотвращающим запотевание.

Техника безопасности: пользоваться очками с очевидными дефектами нельзя, это может привести к ухудшению зрения.

Личная гигиена медперсонала

Правила личной гигиены:

- Следить за чистотой тела и волос: мытье с горячей водой 1 раз в неделю, при чрезмерной потливости чаще.
- Избегать резких и сильных запахов при выборе парфюмерии;
- Особое внимание должно быть уделено рукам : мыть руки не только до еды и после туалета, но перед и после каждой манипуляции.
- Ногти коротко подстригают и подпиливают, не допускать образование заусениц.
- Не рекомендуется ношение колец, браслетов, окраска ногтей лаком.
- Частое мытье рук ведет к сухости кожи, поэтому рекомендуется использовать крем для рук;
- Личная одежда должна соответствовать времени года и температуре окружающей среды, покрой одежды не должен стеснять движений и не нарушать кровообращения, следить за чистотой личной одежды;
- При кашле , насморке и чихании использовать маски, соблюдать культуру кашля: стараться не кашлять, находясь в непосредственной близости со здоровыми людьми, а если не удастся задержать кашель, то прикрыть рот платком, чтобы частицы мокроты не попали на другого человека; не сплевывать мокроту на пол, т.к. высыхая, она заражает воздух, а через него других людей; не сплевывать мокроту в платок, т.к. она может попасть на одежду больного и во время стирки служить источником заражения других людей.
- Соблюдать гигиену полости рта: чистить зубы не реже 2 раз в день, особое внимание обратить на санацию хронических очагов инфекции (кариозные зубы, хронические тонзиллит, ринит, гайморит)

Использование медицинского халата, шапочки, сменной обуви.

На рабочем месте медицинский персонал должен находиться в спец. одежде – халате, чепчике, сменной обуви.

Основная цель спец. одежды – исключить попадание потенциально инфицированных материалов на одежду и кожу персонала, а также защита пациента от загрязнений на одежде медицинских работников.

Правило ношения медицинской шапочки, халата, обуви.

В отделениях оборудованы для каждого работника по два индивидуальных шкафчика: в одном медицинский персонал приходя на работу должен оставить свою одежду и вещи, в другом - хранить специальную одежду,

рабочее платье и обувь, которые одевает перед работой.

По окончании работы обязательно должна быть проведена личная санитарная обработка.

Смена спец.одежды осуществляется в соответствии с профилем отделений.

Спецодежда персонала родильных отделений, отделений реанимации и интенсивной терапии, оперблоков, процедурных и перевязочных кабинетов, ЦСО, инфекционных больниц (отделений) меняется ежедневно и по мере загрязнения.

Спецодежда персонала других отделений меняется 1 раз в 3 дня, а также по мере загрязнения.

Стирка спецодежды медицинского персонала в домашних условиях не допускается.

Сбор грязного белья осуществляется в закрытой таре (клеенчатые или полиэтиленовые мешки, специально оборудованные и маркированные бельевые тележки или другие аналогичные приспособления) и передаваться в центральную кладовую для грязного белья.

Временное хранение грязного белья в отделениях (не более 12 часов) допускается в помещениях для грязного белья с водостойкой отделкой поверхностей, оборудованных умывальником, устройством для обеззараживания воздуха. Помещение и инвентарь ежедневно моются и дезинфицируются.

Халат должен быть настолько длинным, чтобы прикрывать полы юбки у женщин, а у мужчин доходить до колен. Обычно халат наглухо застегивают. Желательно что бы его рукава были длинными (допускается длина 2/3). Манжеты на рукавах должны застегиваться.

Цветовая гамма может варьироваться: светлые и нежные оттенки голубого, зеленого, розового, и белый.

Шапочка должна закрывать волосной покров головы полностью, так как в волосах оседает пыль (возможно распространение микроорганизмов).

Тапочки рекомендуются кожаные на прорезиненной подошве, их удобно мыть и дезинфицировать. Тапочки должны быть удобными, что бы в них можно было долго ходить, что бы в них не потели ноги, что бы при ходьбе они не создавали шума.

В настоящее время наблюдается переход к использованию одноразовых медицинских костюмов из легкой ткани.

Требования к медицинской одежде:

- эргономичность - униформа должна быть максимально удобной и не стеснять работника, позволяя ему максимально быстро выполнять возложенные на него обязанности. К тому же имеет значение наличие удобных карманов, если есть такая необходимость;
- антистатичность - униформа не должна электризоваться, так как это может не только доставить дискомфорт пациенту, но и привести к неполадкам в чувствительном медицинском оборудовании, не позволяя получить точные данные.
- вентилируемость - работа врача и медперсонала требует значительной активности и может подразумевать быстрое перемещение к пациенту как в пределах больницы, так и вовне. Быстрое испарение пота и отсутствие дискомфорта в жаркое время года отлично сказывается на работоспособности персонала;
- простота ухода - чистой униформа остается не очень долго, различные загрязнения и контакт с людьми требуют максимально простого ухода за спецодеждой для предотвращения распространения инфекций. К тому же опрятный внешний вид положительно сказывается на репутации врача и заведения. Одним из лучших материалов с такими свойствами считается ткань ТИСИ, состоящая из хлопковых волокон и полиэфира;
- гигиеничность - минимальная впитываемость запахов, жидкостей загрязнений и отсутствие в составе вредных для здоровья человека веществ, например, некачественных красителей;
- долговечность - прочность материала также играет важную роль, ведь медицинская одежда ежедневно подвергается интенсивной эксплуатации. Она должна выдерживать значительные нагрузки, в особенности это касается хирургов, так как волокна некачественного костюма могут попасть в область операции и вызвать воспаление;
- эстетичный внешний вид - залог доверия пациента к медперсоналу, поэтому важно правильно подобрать фасон и размер спецодежды, так как это в большой степени влияет на имидж учреждения.

Требования к материалу медицинской одежды Для изготовления медицинских халатов используются

несколько видов тканей. Каждая из них должна быть прочной, износостойкой, гипоаллергенной и устойчивой к дезинфицирующим средствам и стерилизации.

Стопроцентный хлопок легко подвергается обработке, является дышащим материалом, не вызывает аллергии и раздражения на коже. Также на основе него изготавливаются различные смесовые ткани для медицинской одежды.

Мероприятия экстренной профилактики при риске инфицирования.

При возникновении аварийной ситуации на рабочем месте медицинский работник обязан незамедлительно провести комплекс мероприятий по предотвращению заражения ВИЧ-инфекцией и парентеральными гепатитами.

Обработка кожи, слизистых и раневых поверхностей - в случае порезов и уколов немедленно снять перчатки, вымыть руки с мылом под проточной водой, обработать руки 70%-м спиртом, смазать ранку 5%-м спиртовым раствором йода;

- при попадании крови или других биологических жидкостей на кожные покровы это место обрабатывают 70%-м спиртом, обмывают водой с мылом и повторно обрабатывают 70%-м спиртом;

- при попадании крови и других биологических жидкостей пациента на слизистую глаз, носа и рта: ротовую полость, слизистую оболочку носа и глаз обильно промывают водой (не тереть);

- при попадании крови и других биологических жидкостей пациента на халат, одежду: снять рабочую одежду и погрузить в дезинфицирующий раствор или в бикс (бак) для автоклавирования;

- при наличии риска заражения ВИЧ-инфекцией незамедлительно начать прием антиретровирусных препаратов в целях постконтактной профилактики заражения ВИЧ.

Прием антиретровирусных препаратов должен быть начат в течение первых двух часов после аварии, но не позднее 72 часов согласно схемам профилактики (3-мя и более антиретровирусными препаратами в течение 4 недель). Запас антиретровирусных препаратов должен храниться в любой медицинской организации по выбору органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, но с таким расчетом, чтобы обследование и прием антиретровирусных препаратов могло быть организовано в течение 2 часов после аварийной ситуации. В уполномоченной медицинской организации должны быть определены специалист, ответственный за хранение антиретровирусных препаратов, и место их хранения с обеспечением круглосуточного доступа.

Состав аптечки «Анти-СПИД» Утвержден приказом Минздрава России от 09.01.2018 № 1н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладки экстренной профилактики парентеральных инфекций для оказания первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи».

- Йод - раствор для наружного применения 5%;
- Этанол - раствор для наружного применения 70%;
- Бинт марлевый медицинский стерильный (5 м x 10 см) - 2 шт.;
- Лейкопластырь бактерицидный (не менее 1,9 x 7,2 см) - 3 шт.;
- Салфетка марлевая медицинская стерильная (не менее 16 x 14 см, № 10) - 1 упаковка.

8. Вопросы по теме занятия

1. Охарактеризуйте внутрибольничные инфекции, заносы инфекции, перечислите группы основных возбудителей. Назовите отличительные признаки возбудителей внутрибольничной инфекции.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

2. Перечислите мероприятия по профилактике передачи ВИЧ при оказании медицинской помощи. Перечислите состав аптечки «Анти-СПИД».

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-12, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

3. Расскажите о мероприятиях с целью профилактики заражения ВИЧ-инфекцией и парентеральными гепатитами при выполнении профессиональных обязанностей.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

4. Расскажите о ВИЧ-инфекция: определение, механизмы передачи, факторы передачи; выявление, учет и регистрация; лабораторная диагностика; особенности терапии, устойчивость ВИЧ во внешней среде.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

5. Перечислите нормативную документацию, регламентирующую деятельность по профилактике парентеральных инфекций в медицинских организациях.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-10, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

6. Дайте понятие "Гемоконтактные инфекции", расскажите об актуальности проблемы, назовите причины инфицирования медицинских работников и пациентов, перечислите группы риска медицинских работников и пациентов.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

7. Перечислите мероприятия, направленные на каждое из звеньев инфекционного процесса.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

8. Дайте понятие "Инфекционный процесс", охарактеризуйте звенья инфекционного процесса.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

9. Расскажите об организации и проведении профилактических и противоэпидемических мероприятий в организациях, осуществляющих медицинскую деятельность.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

10. Назовите механизмы и факторы передачи инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. Расскажите о резервуарах возбудителей инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

11. Дайте понятие "Противоэпидемический режим", "Противоэпидемические мероприятия". Назовите источники инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

12. Дайте понятие «Инфекционная безопасность», «Инфекционный контроль». Расскажите о масштабе и проблемах инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

13. Расскажите о Гепатите В, гепатите С: механизмы передачи, факторы передачи; выявление, учет и регистрация; лабораторная диагностика; специфическая профилактика гепатита В, устойчивость инфекции во внешней среде.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

14. Расскажите о действиях медицинского работника в случае контакт-ситуации и риске заражения парентеральными инфекциями.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-12, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. СТИРКА СПЕЦОДЕЖДЫ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

- 1) централизованно в прачечной;
- 2) в санитарной комнате больничного отделения;
- 3) дома;
- 4) в больничном отделении;
- 5) в процедурном кабинете;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

2. НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ЖИДКОСТЯМИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕНИИ ВИЧ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) спинномозговая жидкость;
- 2) моча;
- 3) кровь, сперма, вагинальный секрет;
- 4) слюна, слеза;
- 5) пот;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

3. НАИБОЛЬШИЙ РИСК ЗАРАЖЕНИЯ ГЕМОКОНТАКТНЫМИ ГЕПАТИТАМИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

- 1) пациентов психиатрических стационаров;
- 2) больных, проходящих лечение в дневных стационарах по поводу обострения хронической патологии;
- 3) получающих процедуры гемодиализа;
- 4) женщин, которым выполняется искусственный аборт, в стационарных условиях;
- 5) терапевтических пациентов;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

4. МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ИСМП У МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, НАПРАВЛЕННЫЕ НА РАЗРЫВ ПУТЕЙ ПЕРЕДАЧИ:

- 1) использование универсальных мер безопасности (спецодежда, очки и др.);
- 2) вакцинация;
- 3) медицинские осмотры персонала;

- 4) изоляция заболевших;
- 5) стерилизация;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

5. МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ИСМП, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ПОВЫШЕНИЕ НЕВОСПРИИМЧИВОСТИ ПАЦИЕНТОВ И ПЕРСОНАЛА:

- 1) вакцинация;
- 2) дезинфекция;
- 3) выявление и изоляция инфекционных больных и носителей;
- 4) использование спецодежды, масок, перчаток;
- 5) стерилизация;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

6. МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ИСМП, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ОБЕЗВРЕЖИВАНИЕ ИСТОЧНИКА ИНФЕКЦИИ:

- 1) вакцинация;
- 2) дезинфекция;
- 3) выявление и изоляция инфекционных больных и носителей;
- 4) сбор и утилизация медицинских отходов;
- 5) стерилизация;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

7. МАНИПУЛЯЦИИ И ПРОЦЕДУРЫ, ПОТЕНЦИАЛЬНО ОПАСНЫЕ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ВБИ У ПАЦИЕНТА:

- 1) измерение АД;
- 2) процедура гемодиализа;
- 3) массаж;
- 4) ЛФК;
- 5) флюорография;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

8. ДЛЯ ГОСПИТАЛЬНЫХ ШТАММОВ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ВБИ ХАРАКТЕРНА:

- 1) высокая чувствительность к антибактериальным средствам;
- 2) устойчивость к антибактериальным средствам;
- 3) чувствительность к ультрафиолетовому облучению;
- 4) низкая контагиозность;
- 5) низкая вирулентность;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

9. ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РУК ПРОВОДИТСЯ:

- 1) перед и после приема пищи;
- 2) перед и после работы с пациентом;
- 3) при бытовом загрязнении рук;
- 4) после посещения туалета;
- 5) перед приходом на работу;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

10. ВИРУС ВИЧ ИНФЕКЦИИ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ:

- 1) энтеровирусов;
- 2) ротавирусов;
- 3) ретровирусов;
- 4) аденовирусов;
- 5) кишечной палочки;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

11. ДЛЯ ОБРАБОТКИ СЛИЗИСТОЙ ГЛАЗ ПРИ ПОПАДАНИИ НА НЕЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ ВИЧ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА ИСПОЛЬЗУЮТ:

- 1) 6% перекись водорода или раствор перманганата калия;
- 2) 3% перекись водорода или 96° этиловый спирт;
- 3) альбунид;

- 4) проточную воду;
- 5) 1% водный раствор борной кислоты;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-12, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

12. ДЛЯ ОБРАБОТКИ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ПОПАДАНИИ НА НЕЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ ВИЧ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА ИСПОЛЬЗУЮТ:

- 1) этиловый спирт 70%;
- 2) проточную воду;
- 3) раствор Фурацилина;
- 4) 2% Протаргол;
- 5) 1% водный раствор борной кислоты;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-12, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

13. РАСТВОР ДЛЯ ОБРАБОТКИ КОЖИ МЕДРАБОТНИКА ПРИ ПОПАДАНИИ НА НЕЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ ВИЧ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА:

- 1) 70% этиловый спирт;
- 2) проточная вода;
- 3) 1% хлорамин;
- 4) 5% спиртовой раствор йода;
- 5) жидкое мыло;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-12, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

14. ИЗ ЗАРАЖЕННОГО ОРГАНИЗМА В ОКРУЖАЮЩУЮ СРЕДУ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫЕ ВИРУСЫ ВЫДЕЛЯЮТСЯ:

- 1) с выдыхаемым воздухом;
- 2) с кровью;
- 3) с фекалиями;
- 4) с потом;
- 5) со слюной;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

15. ИММУНОПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ:

- 1) разрыва путей передачи возбудителей;
- 2) обезвреживания источника инфекции;
- 3) повышения невосприимчивости организма к инфекции;
- 4) уничтожения возбудителей заболеваний;
- 5) для профилактики;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Во II-м хирургическом отделении ГКБ № 50 у нескольких послеоперационных больных из раневого отделяемого при повторном бактериологическом исследовании произошла смена возбудителя и была выделена культура *Staphylococcus aureus*.

Вопрос 1: Расскажите, о каком виде инфекции идет речь в данной ситуации.;

Вопрос 2: Назовите характерные черты этой инфекции.;

Вопрос 3: Определите, к каким штаммам относится *Staphylococcus aureus*, выделенный от разных больных при повторном бактериологическом исследовании.;

Вопрос 4: Расскажите о цели проведения повторного бактериологического исследования раневого отделяемого послеоперационных больных.;

Вопрос 5: Расскажите, что способствовало попаданию в рану различных послеоперационных больных одного вида *Staphylococcus aureus*.;

1) речь идет об ИСМП.;

2) высокая контагиозность, возможность вспышек в любое время года, широкий спектр возбудителей, наличие пациентов с повышенным риском заболевания.;

3) выделенный штамм *Staphylococcus aureus* относится к госпитальным штаммам.;

4) повторное исследование раневого отделяемого послеоперационных больных, особенно при длительном нахождении на стационарном лечении, проводят с целью выявления возбудителя с другим спектром антибиотикорезистентности.;

5) способствовало поступлению в рану различных послеоперационных больных одной и той же культуры *Staphylococcus aureus* нарушение в проведении санитарно-противоэпидемических мероприятий, дезинфекционно-стерилизационного режима в отделении, а также грубые нарушения в работе медицинского

персонала, особенно медицинских сестер, работающих в перевязочных.;
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

2. В хирургическом отделении военно-медицинского госпиталя для инвалидов в палате № 6 находился больной с незаживающей раной, из которой длительное время высевалась культура *Ps. Aeruginosa*. В других палатах находились послеоперационные больные после так называемых «чистых операций», у четверти из них, в раневом отделяемом, также была выделена аналогичная культура *Ps. Aeruginosa* при бактериологическом исследовании.

Вопрос 1: Расскажите, к каким штаммам можно отнести названную культуру, ответ поясните.;

Вопрос 2: Расскажите, что послужило причиной выделения ее из раневого отделяемого больных из других палат.;

Вопрос 3: Перечислите, какими свойствами обладают такие штаммы, циркулирующие в отделении.;

Вопрос 4: Расскажите, как можно обнаружить такие штаммы.;

Вопрос 5: Расскажите о мерах предупредительного характера для предотвращения возникновения и распространения таких инфекций.;

1) названную культуру *Ps. Aeruginosa* можно отнести к госпитальным штаммам, так как она была выделена у нескольких больных, у которых при первичном обследовании не обнаружилась.;

2) культура *Ps. Aeruginosa*, как возбудитель ИСМП, стала выделяться из раневого отделяемого других больных, так как госпитальный штаммы обладают высокой контагиозностью и легко распространяются при нарушении санитарно-эпидемиологического режима и халатном отношении медицинского персонала при выполнении своих обязанностей.;

3) штаммы, циркулирующие в отделении, как госпитальные штаммы, обладают повышенной вирулентностью, способностью к колонизации (быстро размножаются в организме), обладают множественной лекарственной устойчивостью (к 5-8 антибиотикам) и для возникновения инфекции достаточно малой инфицирующей дозы.;

4) такие штаммы можно обнаружить при проведении эпидемиологического мониторинга во всех отделениях по результатам бактериологического исследования всех больных, особенно находящихся на длительном стационарном лечении.;

5) предупредить возникновение и распространение инфекции можно при проведении полного комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий, соблюдение обеспечения дезинфекционно-стерилизационного режима во всех отделениях (строгое соблюдение правил уборки, дезинфекции помещений, стерилизации медицинского инструментария; обеспечение ЛПУ необходимым количеством одноразовых шприцов, инструментов; раннее выявление госпитальных штаммов и условий, способствующих их появлению; контроле за здоровьем медицинского персонала, в частности выявление носителей; постоянный инфекционный контроль). Проводить скрининговое исследование медицинского персонала на туберкулез, иммунизацию против гепатита В и гриппа. Введение должности эпидемиолога в штате сотрудников и проведения мониторинга антибиотикорезистентности.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

3. Две студентки МУ проходили УПП в ГИКБ №1. Студентка Сидорова Е., в основном, работала в процедурном кабинете, а студентка - Иванова Р. - в палатах (осуществляла сестринский уход за больным гепатитом). Через две недели после прохождения УПП Иванова Р. Почувствовала недомогание, а через 3 дня стала темнеть моча (напоминать цвет пива). Через 4 месяца такие же симптомы заболевания появились у Сидоровой Е., что характерно для больных инфекционным гепатитом.

Вопрос 1: Расскажите, что является причиной развития инфекционных гепатитов.;

Вопрос 2: Перечислите характерные свойства возбудителей гепатитов.;

Вопрос 3: Назовите наиболее известные возбудители инфекционных гепатитов.;

Вопрос 4: Расскажите о механизмах передачи, характерных для разных видов возбудителей.;

Вопрос 5: Расскажите, как называется скрытый период болезни, какова его продолжительность у данных больных.;

1) инфекционные гепатиты вызывают, чаще всего, вирусы.;

2) пять вирусов (А, В, С, Д, Е), принадлежащих к различным семействам, способны вызывать поражение печени. Четыре из них содержат РНК, а пятый (В) - ДНК-содержащий вирус. Три из пяти вирусов (В, С, Д) покрыты оболочкой, передаются парентерально и способны вызывать не только острый, но и хронический гепатит. Вирусы гепатита А и Е передаются фекально-оральным путем и вызывают только острый гепатит; вирусы можно культивировать только на живых биологических объектах.;

3) возбудители гепатитов: «А», «В», «С», «Д», «Е».;

4) вирусы (В, С, Д) передаются парентерально и способны вызывать не только острый, но и хронический гепатит; вирусы гепатита А и Е передаются фекально-оральным путем и вызывают только острый гепатит.;

5) скрытый период болезни - это инкубационный период. У Сидоровой Е. (гепатит «В», «С», «Д») продолжительность инкубационного периода - 4 месяца, а у Ивановой Р. - 2 недели (гепатит «А», «Е»).;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

4. Пенькова Наталья Ивановна, 11.11.1999 г.р. - медицинская сестра ГКБ № 1, работает в процедурном кабинете процедурного кабинета, стаж работы 2 года. При заборе крови из вены у ВИЧ инфицированного пациента на исследование кровь медицинская сестра случайно проколола вену, кровь брызнула и попала на лицо, губы, в глаза,

нос.

Вопрос 1: Поясните, почему могла возникнуть такая ситуация.;

Вопрос 2: Осуществите весь необходимый объем работ в данной ситуации.;

1) Медицинская сестра, скорее всего, работали без средств индивидуальной защиты, либо СИЗ были использованы не правильно.;

2) Медицинская сестра, скорее всего, работали без средств индивидуальной защиты, либо СИЗ были использованы не правильно. Объем работы: при попадании крови или других биологических жидкостей на кожные покровы это место обрабатывают 70-процентным спиртом, обмывают водой с мылом и повторно обрабатывают 70-процентным спиртом. Если кровь попала на слизистые оболочки глаз, их сразу же промывают водой, обильно, не тереть; при попадании на слизистую оболочку носа - промыть проточной водой, обильно, не тереть; на слизистую оболочку рта - полоскать водой.;

3) С целью экстренной профилактики ВИЧ-инфекции назначают антиретровирусную терапию по схеме, назначенной врачом. При наступлении аварийной ситуации, повлекшей за собой риск заражения ВИЧ-инфекцией, сотрудники медицинских организаций должны незамедлительно сообщать о каждом аварийном случае руководителю подразделения, его заместителю или вышестоящему руководителю. Составляется Акт о несчастном случае на производстве, аварийная ситуация должна быть учтена в каждой медицинской организации в «Журнале учета аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций». Для организации диспансерного наблюдения и корректирования схем химиопрофилактики ВИЧ-инфекции пострадавшие в день обращения должны быть направлены в Центр СПИД (либо к уполномоченному инфекционисту кабинета инфекционных заболеваний поликлиники по месту жительства).;

4) Сроки диспансерного наблюдения пациентов, пострадавших в аварийных ситуациях, связанных с риском инфицирования ВИЧ, - 1 год; периодичность обследования на антитела к ВИЧ (метод иммуноферментного анализа): в день (ближайшие дни после) аварийной ситуации, в дальнейшем - через 3, 6, 12 месяцев после аварии. Пострадавший должен быть предупрежден о том, что он может быть источником инфекции в течение всего периода наблюдения (максимально возможного инкубационного периода) и поэтому ему надлежит соблюдать меры предосторожности, чтобы избежать возможной передачи ВИЧ-инфекции (в течение 12 месяцев он не может быть донором, должен использовать презерватив при половых контактах и т.п.). По истечении года при отрицательных результатах лабораторных исследований пострадавший снимается с диспансерного наблюдения. В случае получения положительного результата проводится расследование обстоятельств и причин возникновения у работника профессионального заболевания в установленном порядке.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-10, ОК-12, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

5. Потапкин Сергей Геннадьевич, 13.10.1998 г.р. - медицинский брат ГКБ № 1, работает в процедурном кабинете, стаж работы 3 года. При заборе крови из вены у ВИЧ инфицированного пациента на исследование медицинский брат случайно проколол палец через кожу пациента.

Вопрос 1: Поясните, почему могла возникнуть такая ситуация.;

Вопрос 2: Ваша тактика.;

1) Медицинский брат, скорее всего, нарушил технику безопасности при выполнении венопункции.;

2) немедленно обработать и снять перчатки, выдавить кровь из ранки, вымыть руки с мылом под проточной водой, обработать руки 70-процентным спиртом, смазать ранку 5-процентным раствором йода. С целью экстренной профилактики ВИЧ-инфекции назначают азидотимидин в течение одного месяца. При наступлении аварийной ситуации, повлекшей за собой риск заражения ВИЧ-инфекцией, сотрудники медицинских организаций должны незамедлительно сообщать о каждом аварийном случае руководителю подразделения, его заместителю или вышестоящему руководителю.;

3) Составляется Акт о несчастном случае на производстве, аварийная ситуация должна быть учтена в каждой медицинской организации в «Журнале учета аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций». Для организации диспансерного наблюдения и корректирования схем химиопрофилактики ВИЧ-инфекции пострадавшие в день обращения должны быть направлены в Центр СПИД (либо к уполномоченному инфекционисту кабинета инфекционных заболеваний поликлиники по месту жительства).;

4) Сроки диспансерного наблюдения пациентов, пострадавших в аварийных ситуациях, связанных с риском инфицирования ВИЧ, - 1 год; периодичность обследования на антитела к ВИЧ (метод иммуноферментного анализа): в день (ближайшие дни после) аварийной ситуации, в дальнейшем - через 3, 6, 12 месяцев после аварии. Пострадавший должен быть предупрежден о том, что он может быть источником инфекции в течение всего периода наблюдения (максимально возможного инкубационного периода) и поэтому ему надлежит соблюдать меры предосторожности, чтобы избежать возможной передачи ВИЧ-инфекции (в течение 12 месяцев он не может быть донором, должен использовать презерватив при половых контактах и т.п.). По истечении года при отрицательных результатах лабораторных исследований пострадавший снимается с диспансерного наблюдения. В случае получения положительного результата проводится расследование обстоятельств и причин возникновения у работника профессионального заболевания в установленном порядке.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-10, ОК-12, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

11. Примерная тематика НИРС по теме

1. Инфекционная безопасность. Инфекционный контроль.

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Двойников, С. И. [Сестринское дело при инфекционных заболеваниях](#) : учебное пособие / С. И. Двойников, Л. С. Жилина. - 6-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2022. - 300 с. - Текст : электронный.

[Инфекционные болезни](#) : учебник / ред. Н. Д. Ющук, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 704 с. - Текст : электронный.

- дополнительная:

Рабинович, И. В. [Сестринское дело при инфекционных заболеваниях](#) : учебное пособие для СПО / И. В. Рабинович. - 4-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2022. - 356 с. - Текст : электронный.

Журавлев, В. И. [Сестринский уход при инфекционных заболеваниях](#) : учебное пособие / В. И. Журавлев. - 4-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2021. - 492 с. - Текст : электронный.

[Медицинская реабилитация при инфекционных заболеваниях](#) : учебное пособие / ред. Ю. В. Лобзин, Е. Е. Ачкасов, Д. Ю. Бутко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 544 с. - Текст : электронный.

[Инфекционные болезни. Руководство к практическим занятиям](#) : учебно-методическое пособие / ред. Н. Д. Ющук, Е. В. Волчкова, Ю. В. Мартынов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 720 с. - Текст : электронный.

[Неотложная и скорая медицинская помощь при острой инфекционной патологии](#) / гл. ред. Н. Ф. Плавунин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 512 с. - Текст : электронный.

Рабинович, И. В. [Сестринский уход за больными с инфекционными заболеваниями. Практикум](#) : учебное пособие для СПО / И. В. Рабинович. - 2-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2022. - 184 с. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». (http://www.consultant.ru/document/cons_doc_law_121895/)

Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» Редакция от 02.07.2021, действует с 31.10.2021 (<https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=405056>)

Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней». Редакция от 02.07.2021 — действует с 01.10.2021 (<https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=392772>)

Национальная концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, утверждена руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, главным государственным санитарным врачом Российской Федерации (<https://docs.cntd.ru/document/499002572>)

Санитарные правила и нормы СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», главный государственный санитарный врач российской федерации постановление от 28 января 2021 года № 4. (<https://docs.cntd.ru/document/573660140>)

Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.3597-20 «Профилактика новой коронавирусной инфекции (Covid-19)», главный государственный санитарный врач российской федерации постановление от 22 мая 2020 года № 15. (<https://seanews.ru/wp-content/uploads/2021/09/sanpiny-kovid-19-novaja-redakcija.pdf>)

Санитарные правила СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или (<https://docs.cntd.ru/document/573275590>)

Санитарные правила СП 2.2.3670-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям труда», постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 02.12.2020 г. №40. (<https://docs.cntd.ru/document/573230583>)

СП 2.4.3648-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи», постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.09.2020 г. №28. (<https://base.garant.ru/75093644/>)

СанПиН 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, (<http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202102050027>)

СанПиН 1.2.3685-21 «Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания», постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 г. № 2. (<https://docs.cntd.ru/document/573500115>)

Приказ Минздравсоцразвития России от 26.01.2009 № 19н «О рекомендуемом образце добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок детям или отказа от них», зарегистрирован в Минюсте России 28.04.2009 № 13846 (<https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=135187>)

Приказ Минздрава РФ от 28.01.2021 № 29Н. «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, Перечня медицинск (<http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202101290043>)

Приказ Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации от 18 декабря 2020 г. N 928н «Об утверждении правил по охране труда в медицинских организациях». ()

Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 04.02.2016 № 11 «О представлении внеочередных донесений о чрезвычайных ситуациях санитарно-эпидемиологического характера» (зарегистрировано Минюстом России 24.03.2016, регис

(<https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=273178>)

Методические рекомендации МР 2.2.9.2242-07 «Гигиенические и эпидемиологические требования к условиям труда медицинских работников, выполняющих работы, связанные с риском возникновения инфекционных заболеваний». (МУ 3.5.1.3674-20. Обеззараживание рук медицинских работников и кожных покровов пациентов при оказании медицинской помощи).

(http://60.rospotrebnadzor.ru/sites/default/files/mu-3.5.1.3674_20-obezzarazhivanie-ruk-medrabotnikov)

Методические рекомендации МР 3.5.1.0113-16 «Использование перчаток для профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в медицинских организациях» (утв. Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (<https://docs.cntd.ru/document/456020904>))

МР 3.1.0229-21. «Рекомендации по организации противоэпидемических мероприятий в медицинских организациях, осуществляющих оказание медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) (подозрением на заболевание) в стационарных условиях»

(<https://legalacts.ru/doc/mr-310229-21-31-profilaktika-infektsionnykh-boleznei-rekomendatsii-po-organ>)

Федеральный Закон от 30 марта 1995 года № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» (с изменениями на 8 декабря 2020 года); (<https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=283015>)

Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11.12.2020 № 885н «Об утверждении Перечня отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, работники которых проходят обязательное медицинское освидетельствование»

(<https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=379562>)

1. Тема № 2. Правила обращения с медицинскими отходами в медицинских организациях. (в интерактивной форме) (Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: метод проблемного изложения

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Медицинские отходы представляют довольно серьезную опасность для экологии, причем эта опасность становится все более серьезной в связи с прогрессирующей тенденцией роста их количества. За границей медицинские отходы причислены к категории опасных, и таким проблемам как утилизация медицинских отходов, сбор и переработка медицинских отходов уделяется большое внимание на государственном уровне, что позволило грамотно наладить процесс переработки отходов медицины, обезвреживания и безопасной утилизации. Присутствие в составе медицинских отходов материала инфекционного характера, радиоактивных компонентов, токсичных веществ, ставит их на более высокий уровень опасности в экологическом и санитарно-гигиеническом плане в сравнении с отходами бытового характера, поэтому медицинские отходы создают реальную угрозу, как для персонала медицинских учреждений, так и простого населения. Обычно в лечебно-профилактических учреждениях, ведут учет приборов и препаратов, содержащих ртуть и радиационные компоненты, а также учету подвергаются одноразовые шприцы и системы. Вывоз медицинских отходов такого характера осуществляется на специализированные предприятия для последующей их утилизации. Огромную проблему представляют отходы после операций, эти медицинские отходы утилизируют в специальных могилах на кладбищах, либо уничтожают в печах термическим путем. В большинстве сельских районах медицинские отходы уничтожают прямо в котельной при больнице. Обращении с медицинскими отходами в медицинских организациях проводится в соответствии с СанПиН 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий», постановление от 8 января 2021 года № 3, раздел X. Требования к обращению с отходами. Период действия названных правил и норм определен до 01.03.2027.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** нормативная документация, регламентирующая организацию работы по профилактике исмп., понятия «инфекционная безопасность». «инфекционный контроль», противоэпидемический режим. противоэпидемические мероприятия., медицинские отходы. определения и термины. классификация медицинских отходов, критерии опасности. требования к обращению с медицинскими отходами., документация для учета медицинских отходов всех классов., особенности обращения с медицинскими отходами при оказании помощи пациентам с covid-19., правила обращения с медицинскими отходами., **уметь** правила обращения с медицинскими отходами в медицинских организациях., **владеть**

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** кабинет сестринского дела

- **оснащение занятия:** комплект учебной мебели, посадочных мест, компьютер с возможностью подключения к сети «интернет» и доступом к электронной информационно-образовательной среде

7. Аннотация (краткое содержание темы)

Медицинские отходы - все виды отходов, в том числе анатомические, патологоанатомические, биохимические, микробиологические и физиологические, образующиеся в процессе осуществления медицинской деятельности и фармацевтической деятельности, деятельности по производству лекарственных средств и медицинских изделий.

Класс А (эпидемиологически безопасные отходы, по составу приближенные к ТКО) - отходы, не имеющие контакт с биологическими жидкостями пациентов, инфекционными больными:

- использованные средства личной гигиены и предметы ухода однократного применения больных неинфекционными заболеваниями;
- канцелярские принадлежности, упаковка, мебель, инвентарь, потерявшие потребительские свойства;
- смет от уборки территории;
- пищевые отходы центральных пищеблоков, столовых для работников медицинских организаций, а также структурных подразделений организаций, осуществляющих медицинскую и (или) фармацевтическую деятельность, кроме подразделений инфекционного, в том числе фтизиатрического профиля.

Критерием опасности медицинских отходов класса А является отсутствие в их составе возбудителей инфекционных заболеваний.

Класс Б (эпидемиологически опасные отходы) - отходы, инфицированные и потенциально инфицированные микроорганизмами 3-4 групп патогенности:

- материалы и инструменты, предметы, загрязненные кровью и (или) другими биологическими жидкостями;
- патологоанатомические отходы;
- органические операционные отходы (органы, ткани);

- пищевые отходы и материалы, контактировавшие с больными инфекционными болезнями, вызванными микроорганизмами 3-4 групп патогенности.

Критерием опасности медицинских отходов класса Б является инфицирование (возможность инфицирования) отходов микроорганизмами 3-4 групп патогенности, а также контакт с биологическими жидкостями.

Класс В (чрезвычайно эпидемиологически опасные отходы) - отходы от деятельности в области использования возбудителей инфекционных заболеваний 1-2 группы патогенности, а также в области использования генно-инженерно-модифицированных организмов в медицинских целях:

- отходы микробиологических, клинико-диагностических лабораторий;
- отходы, инфицированные и потенциально инфицированные микроорганизмами 1-2 групп патогенности;
- отходы сырья и продукции от деятельности по производству лекарственных средств и медицинских изделий, от производства и хранения биомедицинских клеточных продуктов;
- биологические отходы вивариев;
- живые вакцины, непригодные к использованию.

Критерием опасности медицинских отходов класса В является инфицирование (возможность инфицирования) отходов микроорганизмами 1-2 групп патогенности.

Класс Г (токсикологически опасные отходы 1-4 классов опасности) отходы, не подлежащие последующему использованию, в том числе:

- ртутьсодержащие предметы, приборы и оборудование;
- лекарственные (в том числе цитостатики), диагностические, дезинфекционные средства;
- отходы от эксплуатации оборудования, транспорта, систем освещения, а также другие токсикологически опасные отходы, образующиеся в процессе осуществления медицинской, фармацевтической деятельности, деятельности по производству лекарственных средств и медицинских изделий, при производстве, хранении биомедицинских клеточных продуктов, деятельности в области использования возбудителей инфекционных заболеваний и генно-инженерно-модифицированных организмов в медицинских целях.

Критерием опасности медицинских отходов класса Г является наличие в их составе токсичных веществ.

Класс Д (радиоактивные отходы) - все виды отходов в любом агрегатном состоянии, в которых содержание радионуклидов превышает допустимые уровни, установленные нормами радиационной безопасности.

Критерием опасности медицинских отходов класса Д является содержание в их составе радионуклидов с превышением уровней, установленных в соответствии с Федеральным законом "Об использовании атомной энергии".

Памятка! Требования безопасности при осуществлении работ с медицинскими отходами.

При сборе и дальнейшем обращении с медицинскими отходами запрещается:

- вручную разрушать, разрезать медицинские отходы классов Б и В, в целях их обеззараживания;
- снимать вручную иглу со шприца после его использования, надевать колпачок на иглу после инъекции;
- прессовать контейнеры с иглами, конструкция которых допускает рассыпание игл после прессования;
- пересыпать (перегружать) неупакованные медицинские отходы классов Б и В из одной емкости в другую;
- утрамбовывать медицинские отходы классов Б и В;
- осуществлять любые манипуляции с медицинскими отходами без перчаток или необходимых средств индивидуальной защиты и спецодежды;
- использовать мягкую одноразовую упаковку для сбора острого медицинского инструментария и иных острых предметов;
- устанавливать одноразовые и многоразовые емкости для сбора медицинских отходов на расстоянии менее 1 метра от нагревательных приборов.

В случае получения работником при обращении с медицинскими отходами травмы (укол, порез с нарушением целостности кожных покровов и (или) слизистых), персоналу медицинской организации необходимо принять меры экстренной профилактики (подробнее смотрите материалы лекции № 2 «Профилактика парентеральных инфекций»).

Требования к сбору медицинских отходов.

1. К работе с медицинскими отходами не допускаются лица моложе 18 лет. Персонал проходит предварительные (при приёме на работу) и периодические медицинские осмотры в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

2. Персонал должен быть привит в соответствии с национальным и региональным календарем профилактических прививок. Персонал, не иммунизированный против гепатита В, не допускается к работам по обращению с медицинскими отходами классов Б и В.
3. При приёме на работу и затем ежегодно персонал проходит обязательный инструктаж по правилам безо-пасного обращения с отходами.
4. Персонал должен работать в спецодежде и сменной обуви, в которых не допускается выходить за пределы рабочего помещения. Личную одежду и спецодежду необходимо хранить в разных шкафах.
5. Персонал обеспечивается комплектами спецодежды и средствами индивидуальной защиты (халаты / комбинезоны, перчатки, маски / респираторы / защитные щитки, специальная обувь, фартуки, нарукавники и другое).
6. Стирка спецодежды осуществляется централизованно. Запрещается стирка спецодежды на дому.
7. Работа по обращению с медицинскими отходами класса В организуется в соответствии с требованиями к работе с возбудителями 1 - 2 групп патогенности, к санитарной охране территории.

В случае возникновения аварийной ситуации (рассыпание, разливание отходов) должны быть выполнены следующие действия:

- персонал медицинской организации с использованием одноразовых средств индивидуальной защиты и уборочного инвентаря одноразового использования (щетки, ветошь) собирает отходы в другой одноразовый пакет или контейнер цвета, соответствующего классу опасности отходов;
- закрывает и повторно маркирует упаковку; доставляет ее к месту временного хранения (накопления) обеззараженных медицинских отходов или на участок обеззараживания, обезвреживания медицинских отходов.

Поверхность в месте рассыпания медицинских отходов обрабатывается раствором дезинфицирующего средства согласно инструкции по его применению.

Использованные средства индивидуальной защиты и спецодежду:

- собрать в пакет, соответствующий цвету класса опасности отходов;
- герметизировать пакет;
- доставить на участок обеззараживания медицинских отходов.

Документация для учета медицинских отходов всех классов. В медицинских организациях ведутся следующие журналы:

- технологический журнал учета отходов в структурном подразделении в соответствии с классом отхода;
- технологический журнал учета медицинских отходов медицинской организации;
- технологический журнал участка по обращению с отходами.

Факт вывоза и обезвреживания отходов, выполненных специализированными организациями, осуществляющими транспортирование и обезвреживание отходов, должен иметь документальное подтверждение.

Особенности обращения с медицинскими отходами при оказании помощи пациентам с COVID-19. Отходы «ковидных» отделений, отходы, которые образуются при взятии мазков на COVID-19, относятся к отходам класса «В». Соответственно при обращении с отходами данного вида соблюдаются требования обращения с медицинскими отходами класса В. Все сотрудники перед работой обязаны пройти инструктаж. Если больница оказывает помощь пациентам с COVID-19 и такие отходы образуются регулярно, необходимо установить спецоборудование для физического обеззараживания отходов класса В на территории хозяйственной зоны в соответствии с санитарными требованиями. При организации первичных противоэпидемических мероприятий в очагах допускается применять химические методы дезинфекции. Если медицинская организация не работает с пациентами с COVID-19 или подозрением на него постоянно, то на случай заноса инфекции необходимо заранее определить место проведения обеззараживания отходов. В отделении стационара, где лежат пациенты с COVID-19 и подозрением на него, остатки пищи и биологические жидкости, включая мокроту, мочу, фекалии, перед сливом в канализацию необходимо смешивать с рабочими растворами дезинфицирующих средств. Для обработки подойдут также дезинфицирующие средства в виде порошков или гранул.

8. Вопросы по теме занятия

1. Перечислите нормативную документацию, регламентирующую деятельность по обращению с медицинскими отходами.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

2. Дайте определение понятию «Медицинские отходы». Перечислите критерии опасности медицинских отходов разных классов.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

3. Назовите и охарактеризуйте классы медицинских отходов.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

4. Перечислите требования к обращению с медицинскими отходами.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

5. Расскажите об обращении с медицинскими отходами класса А.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

6. Расскажите об обращении с медицинскими отходами класса Б.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

7. Расскажите об обращении с медицинскими отходами класса В.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

8. Расскажите об обращении с медицинскими отходами класса Г.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

9. Расскажите об обращении с медицинскими отходами класса Д.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

10. Перечислите требования безопасности при осуществлении работ с медицинскими отходами.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

11. Перечислите документацию для учета медицинских отходов всех классов.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

12. Расскажите об организации вывоза и утилизации медицинских отходов.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

13. Расскажите об особенностях обращения с медицинскими отходами при оказании помощи пациентам с COVID-19.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. КАНЦЕЛЯРСКИЕ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ, УПАКОВКА, МЕБЕЛЬ, ИНВЕНТАРЬ, ПОТЕРЯВШИЕ ПОТРЕБИТЕЛЬСКИЕ СВОЙСТВА, ПРЕДМЕТЫ ЛИЧНОЙ ГИГИЕНЫ, СРЕДСТВА ПО УХОДУ ЗА НЕИНФЕКЦИОННЫМИ БОЛЬНЫМИ ОДНОРАЗОВОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРИНАДЛЕЖАТ К ОТХОДАМ КЛАССА:

- 1) А;
- 2) Б;
- 3) В;
- 4) Г;
- 5) Д;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

2. КЛАССОВ ОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОТХОДОВ:

- 1) 1;
- 2) 2;
- 3) 3;
- 4) 4;
- 5) 5;

Правильный ответ: 5

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

3. РАСТВОР ДЛЯ ОБРАБОТКИ КОЖИ МЕДРАБОТНИКА ПРИ ПОПАДАНИИ НА НЕЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ ВИЧ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА:

- 1) 70% этиловый спирт;
- 2) проточная вода;
- 3) 1% хлорамин;
- 4) 5% спиртовой раствор йода;
- 5) жидкое мыло;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

4. ДЛЯ ОБРАБОТКИ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ПОПАДАНИИ НА НЕЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ ВИЧ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА ИСПОЛЬЗУЮТ:

- 1) этиловый спирт 70%;
- 2) проточную воду;
- 3) раствор Фурацилина;
- 4) 2% Протаргол;

5) 1% водный раствор борной кислоты;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

5. ДЛЯ ОБРАБОТКИ СЛИЗИСТОЙ ГЛАЗ ПРИ ПОПАДАНИИ НА НЕЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ ВИЧ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА ИСПОЛЬЗУЮТ:

1) 6% перекись водорода или раствор перманганата калия;

2) 3% перекись водорода или 96° этиловый спирт;

3) альбунид;

4) проточную воду;

5) 1% водный раствор борной кислоты;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

6. СТИРКА СПЕЦОДЕЖДЫ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

1) централизованно в прачечной;

2) в санитарной комнате больничного отделения;

3) дома;

4) в больничном отделении;

5) в процедурном кабинете;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

7. СБОР ОТХОДОВ КЛАССА «Б» ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В УПАКОВКУ:

1) желтого цвета;

2) красного цвета;

3) цвет упаковки может быть любой, за исключением жёлтого и красного;

4) серого цвета;

5) белого цвета;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

8. СМЕНА ПАКЕТОВ ДЛЯ СБОРА ОТХОДОВ ПРОВОДИТСЯ:

1) не реже 1 раза в 10 часов;

2) не реже 1 раза в 8 часов;

3) не реже 1 раза в 6 часов;

4) 1 раз в 12 часов;

5) 1 раз в сутки;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

9. ПИЩЕВЫЕ ОТХОДЫ БОЛЬНИЦЫ, КРОМЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЬНИЦ ПРИНАДЛЕЖАТ К ОТХОДАМ КЛАССА:

1) А;

2) Б;

3) В;

4) Г;

5) Д;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

10. МАТЕРИАЛЫ И ИНСТРУМЕНТЫ, ПРЕДМЕТЫ, ЗАГРЯЗНЕННЫЕ КРОВЬЮ И / ИЛИ ДРУГИМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ЖИДКОСТЯМИ ПРИНАДЛЕЖАТ К ОТХОДАМ КЛАССА:

1) А;

2) Б;

3) В;

4) Г;

5) Д;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

11. РТУТЬСОДЕРЖАЩИЕ ПРЕДМЕТЫ, ПРИБОРЫ И ОБОРУДОВАНИЕ ПРИНАДЛЕЖАТ К ОТХОДАМ КЛАССА:

1) А;

2) Б;

3) В;

4) Г;

5) Д;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

12. ПАКЕТЫ ДЛЯ СБОРА ОТХОДОВ ЗАПОЛНЯЮТСЯ:

- 1) на 3/4;
- 2) на 1/2;
- 3) на 1/4;
- 4) на 2/4;
- 5) полностью;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

13. СБОР ОТХОДОВ КЛАССА «В» ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В УПАКОВКУ:

- 1) желтого цвета;
- 2) красного цвета;
- 3) цвет упаковки может быть любой, за исключением жёлтого и красного;
- 4) серого цвета;
- 5) синего цвета;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

14. МНОГОРАЗОВЫЕ КОНТЕЙНЕРЫ ДЛЯ ТРАНСПОРТИРОВКИ ОТХОДОВ КЛАССА А ПОДЛЕЖАТ МЫТЬЮ И ДЕЗИНФЕКЦИИ:

- 1) не реже 1 раза в неделю;
- 2) после каждого опорожнения;
- 3) 1 раз в три дня;
- 4) 2 раза в неделю;
- 5) 1 раз в месяц;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

15. МНОГОРАЗОВЫЕ КОНТЕЙНЕРЫ ДЛЯ ТРАНСПОРТИРОВКИ ОТХОДОВ КЛАССА Б ПОДЛЕЖАТ МЫТЬЮ И ДЕЗИНФЕКЦИИ:

- 1) не реже 1 раза в неделю;
- 2) после каждого опорожнения;
- 3) 1 раз в три дня;
- 4) 2 раза в неделю;
- 5) во время генеральной уборки;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

16. НОРМАТИВНЫЙ ДОКУМЕНТ, НА ОСНОВЕ КОТОРОГО В ЛПО ПРОВОДИТСЯ СБОР, ХРАНЕНИЕ И УДАЛЕНИЕ ОТХОДОВ:

- 1) СанПиН 2.1.7.2790-10;
- 2) СанПиН 3.5.2.1376-03;
- 3) СанПиН 2.1.3.1375-03;
- 4) СанПиН 2.1.3.2630-10;
- 5) СанПиН 2.1.3684-21;

Правильный ответ: 5

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Во время выемки пакета с отходами класса "Б" из многоразовой емкости, содержимое пакета просыпалось на пол.

Вопрос 1: Ваши действия.;

- 1) Персонал медицинской организации с использованием одноразовых средств индивидуальной защиты и уборочного инвентаря одноразового использования (щетки, ветошь) собирает отходы в другой одноразовый пакет или контейнер цвета, соответствующего классу опасности отходов.;
- 2) Закрывает и повторно маркирует упаковку; доставляет ее к месту временного хранения (накопления) необеззараженных медицинских отходов или на участок обеззараживания, обезвреживания медицинских отходов.;
- 3) Поверхность в месте рассыпания медицинских отходов обрабатывается раствором дезинфицирующего средства согласно инструкции по его применению.;
- 4) Использованные средства индивидуальной защиты и спецодежду: • собрать в пакет, соответствующий цвету класса опасности отходов; • герметизировать пакет; • доставить на участок обеззараживания медицинских отходов.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

2. Во время сбора медицинских отходов медицинский брат утрамбовывал отходы в пакете, чтобы его не менять его подольше. Эту заметила старшая медицинская сестра отделения.

Вопрос 1: Были ли нарушения в работе медицинского брата, какие.;

Вопрос 2: Составьте список запрещающих действий при осуществлении работ с медицинскими отходами.;

1) Да, нельзя утрамбовывать медицинские отходы.;

2) нельзя: вручную разрушать, разрезать медицинские отходы классов Б и В, в целях их обеззараживания; снимать вручную иглу со шприца после его использования, надевать колпачок на иглу после инъекции; прессовать контейнеры с иглами, конструкция которых допускает рассыпание игл после прессования; пересыпать (перегружать) неупакованные медицинские отходы классов Б и В из одной емкости в другую; утрамбовывать медицинские отходы классов Б и В; осуществлять любые манипуляции с медицинскими отходами без перчаток или необходимых средств индивидуальной защиты и спецодежды; использовать мягкую одноразовую упаковку для сбора острого медицинского инструментария и иных острых предметов; устанавливать одноразовые и многоразовые емкости для сбора медицинских отходов на расстоянии менее 1 метра от нагревательных приборов.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

3. Медицинский брат, после сеанса массажа, сбросил одноразовую пеленку с кушетки в емкость для сбора отходов класса "А".

Вопрос 1: Прав ли медицинский брат. Ответ обоснуйте.;

1) Медицинский брат прав. СанПиН 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий», постановление от 8 января 2021 года № 3, раздел X. Требования к обращению с отходами относит • использованные средства личной гигиены и предметы ухода однократного применения больных неинфекционными заболеваниями к отходам класса А.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ОК-10, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

4. Медицинская сестра, после внутривенной инъекции, снимая иглу с подыгольного конуса руками, проколола указательный палец левой руки.

Вопрос 1: Какое требование было нарушено.;

1) Нарушена техника безопасности. Использованную иглу можно отсоединить от шприца по средствам применения иглосъемника, иглоотсекателя или иглодеструктора.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

5. После сеанса массажа, медицинская сестра обработала массажный стол дезинфицирующими салфетками, которые сбросила в емкость с отходами класса "А" вместе с перчатками, в которых проводила дезинфекцию.

Вопрос 1: Права ли медицинская сестра в данной ситуации. ответ поясните.;

1) Медицинская сестра не права. Дезинфицирующие салфетки, после использования, и, медицинские перчатки, подлежат сбору в емкость с отходами класса Б.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-7, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

11. Примерная тематика НИРС по теме

1. Правила обращения с медицинскими отходами.

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Двойников, С. И. [Сестринское дело при инфекционных заболеваниях](#) : учебное пособие / С. И. Двойников, Л. С. Жилина. - 6-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2022. - 300 с. - Текст : электронный.

[Инфекционные болезни](#) : учебник / ред. Н. Д. Ющук, Ю. Я. Венгеров. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 704 с. - Текст : электронный.

- дополнительная:

Рабинович, И. В. [Сестринское дело при инфекционных заболеваниях](#) : учебное пособие для СПО / И. В. Рабинович. - 4-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2022. - 356 с. - Текст : электронный.

Журавлев, В. И. [Сестринский уход при инфекционных заболеваниях](#) : учебное пособие / В. И. Журавлев. - 4-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2021. - 492 с. - Текст : электронный.

[Медицинская реабилитация при инфекционных заболеваниях](#) : учебное пособие / ред. Ю. В. Лобзин, Е. Е. Ачкасов, Д. Ю. Бутко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 544 с. - Текст : электронный.

[Инфекционные болезни. Руководство к практическим занятиям](#) : учебно-методическое пособие / ред. Н. Д. Ющук, Е. В. Волчкова, Ю. В. Мартынов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 720 с. - Текст : электронный.

Рабинович, И. В. [Сестринский уход за больными с инфекционными заболеваниями. Практикум](#) : учебное пособие для СПО / И. В. Рабинович. - 2-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2022. - 184 с. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». (http://www.consultant.ru/document/cons_doc_law_121895/)

Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» Редакция

от 02.07.2021 , действует с 31.10.2021 (<https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=405056>)
Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней». Редакция от 02.07.2021 — действует с 01.10.2021 (<https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=392772>)
Национальная концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, утверждена руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, главным государственным санитарным врачом Российской Федерации (<https://docs.cntd.ru/document/499002572>)
Санитарные правила и нормы СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», главный государственный санитарный врач российской федерации постановление от 28 января 2021 года № 4. (<https://docs.cntd.ru/document/573660140>)
Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.3597-20 «Профилактика новой коронавирусной инфекции (Covid-19)», главный государственный санитарный врач российской федерации постановление от 22 мая 2020 года № 15. (<https://seanews.ru/wp-content/uploads/2021/09/sanpiny-kovid-19-novaja-redakcija.pdf>)
Санитарные правила СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или (<https://docs.cntd.ru/document/573275590>)
Санитарные правила СП 2.2.3670-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям труда», постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 02.12.2020 г. №40. (<https://docs.cntd.ru/document/573230583>)
СанПиН 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, (<http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202102050027>)
СанПиН 1.2.3685-21 «Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания», постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 г. № 2. (<https://docs.cntd.ru/document/573500115>)
Приказ Минздрава РФ от 28.01.2021 № 29Н. «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, Перечня медицинск (<http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202101290043>)
Приказ Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации от 18 декабря 2020 г. N 928н «Об утверждении правил по охране труда в медицинских организациях». ()
Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 04.02.2016 № 11 «О представлении внеочередных донесений о чрезвычайных ситуациях санитарно-эпидемиологического характера» (зарегистрировано Минюстом России 24.03.2016, регис (<https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=273178>)
Методические рекомендации МР 2.2.9.2242-07 «Гигиенические и эпидемиологические требования к условиям труда медицинских работников, выполняющих работы, связанные с риском возникновения инфекционных заболеваний». ()
МУ 3.5.1.3674-20. Обеззараживание рук медицинских работников и кожных покровов пациентов при оказании медицинской помощи. (http://60.rosпотребнадзор.ru/sites/default/files/mu-3.5.1.3674_20-obezzarazhivanie-ruk-medrabotnikov)
Методические рекомендации МР 3.5.1.0113-16 «Использование перчаток для профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в медицинских организациях» (утв. Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия челове (<https://docs.cntd.ru/document/456020904>)
МР 3.1.0229-21. «Рекомендации по организации противоэпидемических мероприятий в медицинских организациях, осуществляющих оказание медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) (подозрением на заболевание) в стационарных условиях (<https://legalacts.ru/doc/mr-310229-21-31-profilaktika-infektsionnykh-boleznei-rekomendatsii-po-organ>)
Федеральный Закон от 30 марта 1995 года № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» (с изменениями на 8 декабря 2020 года); (<https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=283015>)
Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11.12.2020 № 885н «Об утверждении Перечня отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, работники которых проходят обязательное медицинское освидетельствовани (<https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=379562>)

1. Тема № 3. Подготовка и использование дезинфицирующих растворов. (в интерактивной форме) (Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-10, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: Не указано

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Проблема инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, чрезвычайно актуальна для всех учреждений здравоохранения любого профиля. ИСМП ухудшают прогноз заболеваний, вызывают боль и страдания у пациентов, нарушают благополучие семей, продлевают госпитализацию и приводят к дополнительным затратам системы здравоохранения. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, поражают 5-10% пациентов, находящихся в стационарах, и занимают десятое место в ряду причин смертности населения. Существующая в настоящее время сложная эпидемиологическая ситуация обосновывает повышенное внимание к профилактике инфекционных заболеваний и рост требований к качеству дезинфекционных мероприятий, направленных на уничтожение возбудителей инфекций на объектах окружающей среды, являющихся факторами их передачи. Дезинфекцию изделий проводят с целью уничтожения патогенных и условно-патогенных микроорганизмов - вирусов (в том числе возбудителей парентеральных вирусных гепатитов, ВИЧ-инфекции), бактерий (включая микобактерии туберкулеза), грибов на изделиях медицинского назначения, а также в их каналах и полостях. Качество проводимых дезинфекционных работ определяется не только добросовестностью медицинского персонала, но и выбором дезинфицирующего средства в соответствии с эпидемической ситуацией, целевым назначением, токсикологическими характеристиками и микробиологической эффективностью дезинфицирующего средства. Применять дезинфицирующие средства следует строго по инструкции, в противном случае мы не только не уничтожаем патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, а даем им уникальную возможность выжить и стать сильнее. Дезинфекции подлежат все изделия после применения их у пациента. После дезинфекции изделия применяют по назначению или (при наличии показаний) подвергают предстерилизационной очистке и стерилизации. В качестве средств дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации используют только разрешенные в установленном порядке в Российской Федерации физические и химические средства.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** нормативная документация, регламентирующая организацию работы по профилактике ИСМП., понятия «инфекционная безопасность», «инфекционный контроль», противоэпидемический режим, противоэпидемические мероприятия., нормативная документация, регламентирующая организацию работы по дезинфекции., понятие «дезинфекция», цель и задачи дезинфекции, уровни, методы, способы, режимы и виды дезинфекции, профилактическая дезинфекция, формы профилактической дезинфекции, очаговая дезинфекция, мероприятия при текущей очаговой, мероприятия при заключительной очаговой дезинфекции, организация и проведение дезинфекции в целях профилактики COVID-19., требования к осуществлению дезинфекционной деятельности на отдельных объектах в медицинских организациях, организация работы дезинфекционного отделения., дезинфицирующие средства, применение растворов дезинфицирующих средств, классы токсичности дезинфицирующих средств, важные и полезные свойства дезинфицирующих средств, оборудование для дезинфекции растворами дезинфицирующих средств, правила работы с дезинфицирующими средствами, первая помощь при отравлениях дезинфицирующими препаратами, рекомендации по дезинфекции поверхностей, предметов и изделий медицинского назначения, виды дезинфицирующих средств, характеристика групп современных средств дезинфекции, технологии обеззараживания воздуха помещений медицинских организаций., **уметь** подготовка и использование дезинфицирующих растворов., **владеть**

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** кабинет сестринского дела

- **оснащение занятия:** комплект учебной мебели, посадочных мест, компьютер с возможностью подключения к сети «интернет» и доступом к электронной информационно-образовательной среде

7. Аннотация (краткое содержание темы)

Правила работы с дезинфицирующими средствами.

- К работе с дезинфицирующими препаратами допускаются лица, не моложе 18 лет, прошедшие соответствующий инструктаж по профессиональным обязанностям, технике безопасности, мерам предосторожности и профилактике случайных отравлений.
- Лица с повышенной чувствительностью к применяемым химическим средствам от работы с ними отстраняются.
- Обработка предметов и изделий проводится в соответствии с инструкцией.
- Запасы дезинфицирующих средств хранят в местах, недоступных для общего пользования, отдельно от лекарственных препаратов в соответствии с инструкцией, в сухом, темном и прохладном помещении.
- Упаковка дезинфицирующие средства должна иметь паспорт с указанием названия, назначения, даты изготовления и срока годности.
- Приготовление рабочих растворов дезинфицирующих средств проводят в специально отведенном для этих целей помещении, оборудованном приточно-вытяжной вентиляцией.
- Емкости с приготовленными растворами должны иметь маркировку и этикетку.
- Работу с дезинфицирующими, стерилизующими химическими средствами и инсектицидами проводят в

спецодежде и средства индивидуальной защиты (указано в «Методических указаниях» по применению препарата).

- Обработка пациентов и их вещей инсектицидами, дезинфекция белья, посуды, игрушек, предметов ухода за больными и других предметов, а также обработка изделий медицинского назначения в растворах дезинфицирующих средств осуществляется в специальных помещениях, оборудованных приточно-вытяжной вентиляцией.
- После окончания работы необходимо сменить спецодежду, средства индивидуальной защиты поместить в емкость для сбора отходов класса «Б» или «В», провести гигиеническую обработку рук и смазать их защитным кремом.
- При осуществлении работ запрещается курить, употреблять пищу, пить воду в обрабатываемом помещении, в защитном костюме и не вымытыми руками.
- На рабочем месте обязательно наличие аптечки для оказания первой помощи работникам.
- При появлении симптомов отравления оказать первую помощь.

Первая помощь при отравлениях дезинфицирующими препаратами.

Помните!

Дезинфицирующие средства обладают в различной степени местным и резорбтивным токсическим действием. Симптомы отравления: общетоксические симптомы, местно-раздражающее действие.

Местная реакция проявляется покраснением кожи, сыпью и зудом.

Знайте!

Симптомы отравления дезинфицирующими средствами могут возникать не сразу. Их выраженность зависит от дозы вещества и длительности его воздействия.

Проявления легкой формы отравления:

- головная боль, головокружение;
- повышение температуры тела;
- першение в носу, горле, выделения из носа, иногда кровотечение;
- тошнота;
- легкое недомогание;
- усиленное слюноотделение.

Проявления тяжелой формы отравления:

- сильный сухой кашель;
- появление пены изо рта;
- боль в груди, желудке, дискомфорт в носу и гортани;
- дыхание судорожное;
- на шее и лице можно обнаружить набухшие вены;
- возможна потеря сознания.

У лиц, постоянно работающих с дезинфицирующими растворами, может возникнуть хроническое отравление ими. Оно проявляется общим недомоганием, психическими расстройствами, склонностью к депрессии, хроническим малопродуктивным кашлем.

Оказание первой помощи зависит от участка поражения.

- При попадании раствора на кожу его сразу же нужно смыть водой.
- При попадании препарата в глаза их как можно быстрее следует промыть 2% раствором соды или обычной водой, после этого спустя несколько минут нужно закапать альбуцид.
- При раздражении дыхательных путей пострадавшего вывести на воздух, нос и рот прополоскать водой.
- При попадании в пищеварительный тракт вызвать рвоту искусственным путем, предварительно напоив пострадавшего большим количеством воды. Затем дать один из сорбентов.

Примечание: при возникновении отравления дезинфицирующими средствами, нужно выяснить, какое вещество спровоцировало его, чтобы оказать эффективную помощь.

Алгоритм работы с инструкциями к дезинфицирующим средствам при выполнении практических работ.

1. Дать краткую характеристику дезинфицирующего средства: название, группа, форма, растворимость в воде, класс опасности, срок годности рабочего раствора, спектр антимикробного действия, обладает или нет моющим эффектом, используемые средства индивидуальной защиты при работе с данным средством.
2. Определить режим дезинфекции, используя методические указания и условия задания (см. табл. «Режим дезинфекции...»).
3. Написать состав дезинфицирующего раствора (см. табл.1 «Приготовление рабочих растворов»).
4. Смоделировать процесс дезинфекции (по заданию), учитывая особенности применения средства, указанные в инструкции, в пункте 3 - «Применение дезинфицирующего средства».

Рекомендации по дезинфекции поверхностей, предметов и изделий медицинского назначения.

Требования к дезинфицирующим средствам Примеры групп дезинфицирующих средств для оптимального эффекта

Для дезинфекции поверхностей в помещениях:

- относительная безопасность при ингаляционном воздействии;
- отсутствие резкого запаха;
- наличие моющих (чистящих) свойств или совместимость с моющими средствами;
- отсутствие способности проникать (сорбироваться) в поверхности;
- способность легко удаляться с поверхностей;
- отсутствие эффекта фиксировать органические загрязнения на поверхностях;
- способность сохранять антимикробное действие в присутствии органических веществ;
- не обладать выраженным раздражающим действием на кожу и слизистые оболочки.
- способность не портить обрабатываемые поверхности.

Оптимально средства на основе КПАВ -ЧАС, третичные амины, производные гуанидина.

Более ограниченно - хлоракивные, кислородакивные соединения и спирты.

Для дезинфекции белья:

- способность сохранять активность при повышенной температуре и в присутствии органических веществ;
- не влиять на прочность и цвет тканей;
- не обладать кожно-раздражающим и кожно-резорбтивным действием;
- хорошо отполаскиваться водой;
- быть применимыми в процессе машинной стирки, обладать отбеливающим действием.

Оптимально средства на основе кислородакивных, хлоракивных соединений.

Не рекомендуются альдегиды, фенолы и спирты.

Для дезинфекции столовой посуды:

- низкая токсичность при попадании в пищеварительный тракт;
- активность при повышенной температуре и в присутствии органических веществ;
- наличие моющего эффекта;
- хорошо смываться водой после обработки.

Оптимально: дезинфицирующие препараты на основе кислородакивных соединений, катионных поверхностно-активных веществ (КПАВ).

Для дезинфекции медицинских изделий:

- обеспечивать гибель бактерий, вирусов и грибов рода *Candida*, а при необходимости - более устойчивых возбудителей;
- быть совместимы с материалами изделий (не вызывать коррозию металла);
- оказывать дезинфицирующий эффект в короткие сроки, особенно при обеззараживании эндоскопов;
- хорошо смываться водой с изделий после их обработки.

Оптимально: альдегиды, кислородакивные препараты, в т. ч. надкислоты.

8. Вопросы по теме занятия

1. Дайте определение понятию «Дезинфекция». Назовите цели и задачи дезинфекции. Охарактеризуйте уровни дезинфекции, перечислите методы дезинфекции.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

2. Охарактеризуйте механический метод дезинфекции, приведите примеры.
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2
3. Охарактеризуйте физические методы дезинфекции, приведите примеры.
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2
4. Охарактеризуйте химические методы дезинфекции, приведите примеры.
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2
5. Охарактеризуйте комбинированные методы дезинфекции, приведите примеры.
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2
6. Перечислите способы дезинфекции и приведите примеры использования каждого способа.
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2
7. Расскажите, что включает в себя понятие «Режим дезинфекции». Расскажите о правилах выбора режимов дезинфекции, применяемых в медицинских организациях.
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2
8. Расскажите о мероприятиях и формах проведения дезинфекции.
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2
9. Охарактеризуйте работу по организации и проведению дезинфекции в целях профилактики COVID-19.
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2
10. Дайте определение понятию «Дезинфицирующие средства». Опишите требования к современным дезинфектантам; охарактеризуйте классы токсичности дезинфицирующих средств.
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2
11. Охарактеризуйте дезинфицирующие средства по спектру активности, по способу применения; перечислите формы, в которых выпускаются дезинфицирующие средства.
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2
12. Назовите важные и полезные свойства дезинфицирующих средств.
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2
13. Расскажите о правилах маркировки емкостей для дезинфицирующих растворов.
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2
14. Назовите симптомы отравления дезинфицирующими растворами. Расскажите о мероприятиях по оказанию первой помощи в зависимости от участка поражения.
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2
15. Дайте характеристику группам современных средств дезинфекции: хлорактивные дезинфицирующие средства; йодсодержащие дезинфицирующие средства; спиртсодержащие дезинфицирующие средства; фенолсодержащие дезинфицирующие средства; катионные поверхностно-активные вещества (КПАВ); альдегидсодержащие дезинфицирующие средства; кислородсодержащие дезинфицирующие средства; дезинфицирующие средства, содержащие кислоты и щелочи.
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2
16. Расскажите о технологиях обеззараживания воздуха помещений медицинских организаций.
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ОБУЧЕНИЕ МЕДПЕРСОНАЛА И СДАЧА ЗАЧЕТА ПО САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОМУ РЕЖИМУ ПРОВОДИТСЯ:

- 1) ежемесячно;
- 2) ежеквартально;
- 3) 2 раза в год;
- 4) 1 раз в год;
- 5) 1 раз в пять лет;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

2. В ПРИСУТСТВИИ ПАЦИЕНТОВ МОЖНО ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИМИ СРЕДСТВАМИ КЛАССА ОПАСНОСТИ:

- 1) 0;
- 2) I;
- 3) II;
- 4) III;
- 5) IV;

Правильный ответ: 5

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

3. СПОСОБЫ ХИМИЧЕСКОЙ ДЕЗИНФЕКЦИИ:

- 1) орошение;
- 2) кипячение;
- 3) облучение;
- 4) подметание;
- 5) проветривание;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

4. ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ ОДНОРАЗОВОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОДЛЕЖАТ:

- 1) дезинфекции и утилизации;
- 2) дезинфекции, предстерилизационной очистке, стерилизации;
- 3) мойке под проточной водой;
- 4) стерилизации и утилизации;
- 5) мойке и утилизации;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

5. СВОЙСТВО ДЕЗИНФИЦИРУЮЩЕГО СРЕДСТВА, ОБЕСПЕЧИВАЮЩЕЕ УНИЧТОЖЕНИЕ ГРИБОВ:

- 1) бактерицидное;
- 2) вирулицидное;
- 3) фунгицидное;
- 4) бактериостатическое;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

6. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ИНВАЗИВНЫХ ПРОЦЕДУР ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ ПОДЛЕЖАТ ДЕЗИНФЕКЦИИ ПО РЕЖИМУ ДЛЯ ИНФЕКЦИЙ:

- 1) бактериальных;
- 2) вирусных;
- 3) грибковых;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

7. ДЕЗИНФЕКТАНТЫ, ОБЛАДАЮЩИЕ МОЮЩИМИ СВОЙСТВАМИ И НИЗКОЙ ТОКСИЧНОСТЬЮ, ЧАЩЕ ОТНОСЯТ К ГРУППЕ:

- 1) альдегидсодержащих;
- 2) ЧАС;
- 3) кислородсодержащих;
- 4) хлорсодержащих;
- 5) фенолы;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

8. СВОЙСТВО ДЕЗИНФИЦИРУЮЩЕГО СРЕДСТВА, ОБЕСПЕЧИВАЮЩЕЕ УНИЧТОЖЕНИЕ БАКТЕРИЙ:

- 1) бактерицидное;
- 2) вирулицидное;
- 3) фунгицидное;
- 4) бактериостатическое;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

9. ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЕ СРЕДСТВА, ОБРАЗУЮЩИЕ ЗАЩИТНУЮ ПЛЕНКУ НА ОБРАБОТАННОЙ ПОВЕРХНОСТИ, НЕЛЬЗЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ:

- 1) стен, пола, потолка;
- 2) санитарно-технического оборудования;
- 3) медицинских инструментов;
- 4) манипуляционных столиков;
- 5) кушеток;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

10. ДЕЗИНФЕКЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПРИ ОТСУТСТВИИ ВЫЯВЛЕННОГО ИСТОЧНИКА - ЭТО ДЕЗИНФЕКЦИЯ:

- 1) профилактическая;
- 2) текущая;
- 3) генеральная;
- 4) очаговая;
- 5) периодическая;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

11. ДЕЗИНФЕКЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ОЧАГЕ, В ПРИСУТСТВИИ ИСТОЧНИКА ИНФЕКЦИИ - ЭТО ДЕЗИНФЕКЦИЯ:

- 1) очаговая;
- 2) профилактическая;
- 3) заключительная;
- 4) генеральная;
- 5) периодическая;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

12. СПОСОБ ОБРАБОТКИ МАНЖЕТКИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ИЗМЕРЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ:

- 1) погружение;
- 2) протирание или орошение;
- 3) замачивание;
- 4) обработка ультразвуком;
- 5) автоклавирувание;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

13. ВИДЫ ДЕЗИНФЕКЦИИ:

- 1) профилактическая и очаговая;
- 2) механическая и ручная;
- 3) физическая и газовая;
- 4) химическая и воздушная;
- 5) механическая и химическая;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

14. ДЕЗИНФЕКЦИЯ - ЭТО КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫЙ НА:

- 1) предупреждение попадания микробов в рану;
- 2) уничтожение или уменьшение количества микробов в ране или организме в целом;
- 3) уничтожение патогенных и условно-патогенных микробов на эпидемиологически значимых объектах больничной среды;
- 4) уничтожение всех микробов и их спор;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

15. ДЛЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ДЕЗИНФЕКЦИИ ПРОВОДЯТ:

- 1) смывы с различных поверхностей с последующим посевом на питательные среды;
- 2) азопирамовую пробу;
- 3) фенолфталеиновую пробу;
- 4) проверку химическими индикаторами;
- 5) визуальный контроль;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

16. МЕХАНИЧЕСКИЙ МЕТОД ДЕЗИНФЕКЦИИ - ЭТО:

- 1) использование дезинфицирующего средства;
- 2) стирка, мытье, проветривание;
- 3) использование УФО;
- 4) использование бактериальных фильтров;
- 5) высокой температуры, пара;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Медицинской сестре, после работы с пациентом требуется провести дезинфекцию кушетки, контаминированную биологическими жидкостями.

Вопрос 1: Определите режим дезинфекции кушетки, контаминированной биологическими жидкостями, Хлорамином, приготовьте 3 литра рабочего раствора.;

1) 3 % - 60 минут, способ обработки поверхностей двукратно, через 15 минут; 90 грамм порошка хлорамина + 2910 мл воды, температуры 50 градусов.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-10, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

2. Во время работы на халат медицинской сестры попала кровь ВИЧ инфицированного пациента.

Вопрос 1: Приготовьте раствор Виркона и проведите обработку халата, на который попала кровь ВИЧ-инфицированного пациента.;

1) редство “Виркон” представляет собой гранулированный порошок розово-серого цвета, хорошо растворимый в воде. Виркон - многокомпонентный препарат. Срок годности рабочих растворов - 1 сутки при условии их хранения в закрытых емкостях в темном месте. Средство обладает бактерицидной, туберкулоцидной, вирулицидной и фунгицидной активностью, а также моющими свойствами. Средство по параметрам острой токсичности относится к 3 классу умеренно опасных веществ при введении в желудок и к 4 классу малоопасных соединений при нанесении на кожу. Оказывает местно-раздражающее действие на кожу и выраженное - на слизистые оболочки глаз; не обладает сенсibiliзирующим действием, при пылении вызывает раздражение органов дыхания. Рабочие растворы при повторных воздействиях вызывают слабое раздражение кожи. Средства защиты: перчатки, маска, очки.;

2) По инструкции при попадании крови на ткань ее сразу же, не допуская подсыхания, засыпают порошком средства. Через 10 мин загрязненное место промывают 1% раствором “Виркона”.;

3) Приготовление 1% раствора Виркона для промывания: Таблица 1 Приготовление рабочих растворов. 50 грамм + 4950 мл. воды.;

4) После обработки халат отжать и поместить в емкость для сбора грязного белья (спецодежда), если халат был одноразовый, то после дезинфекции его надо поместить в емкость для сбора отходов класса Б.);

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-10, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

3. Требуется обработать посуду в отделении туберкулезного диспансера.

Вопрос 1: Приготовьте дезинфицирующий раствор и проведите обработку посуды без остатков пищи дезинфицирующим средством «Хлормикс» по режиму дезинфекции объектов при туберкулезе.;

1) Дезинфицирующее средство «Хлормикс» предназначено: в форме таблеток и гранул - для дезинфекции поверхностей в помещениях, белья, посуды, предметов ухода за больными, изделий медицинского назначения, игрушек, санитарно-технического оборудования, уборочного материала при проведении текущей, заключительной и профилактической дезинфекции в ЛПУ. Средство хорошо растворимо в воде. Водные растворы прозрачные, имеют запах хлора. Срок годности рабочих растворов средства - 3 суток. При введении в желудок относится к 3-му классу умеренно опасных веществ, при нанесении на кожу животных - к 4-му классу малоопасных: при введении в брюшную полость средство относится к 4 классу мало токсичных веществ. Пары и аэрозоль средства при ингаляции опасны и относятся к 2 классу опасности. Средства защиты: перчатки, маска, очки.;

2) Таблица 5 Режимы дезинфекции различных объектов растворами средства «Хлормикс» при туберкулезе. Посуда без остатков пищи - 0,06% раствор; экспозиция - 30 минут, способ обработки - погружение .;

3) Приготовление рабочих растворов средства «Хлормикс» из таблеток.;

4) На 10 литров раствора необходимо взять 4 таблетки. Из расчета 2 литра на один комплект посуды (5 комплектов).;

5) Посуду очищают от остатков пищи (в емкость для пищевых отходов), погружают в раствор из расчета 2 литра на один комплект посуды (5 комплектов), по окончании дезинфекции посуду промывают под проточной водой в течение 3 минут, затем моют ветошью или щеткой с моющим средством для мытья посуды, тщательно прополаскивают и ставят на сушку.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-10, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

4. Требуется провести обработку сантехники дезинфицирующим средством Самаровка.

Вопрос 1: Приготовьте дезинфицирующий раствор и проведите дезинфекцию раковины, ванны, проведите дезинфекцию уборочного инвентаря (с моделируйте ситуацию).;

1) Средство “Самаровка” представляет собой жидкость светло-синего цвета, хорошо смешивающуюся с водой, относится к 4 классу мало опасных веществ. Срок годности рабочих растворов - 14 дней. Широкий спектр действия. Обладает моющим эффектом. Средства защиты: перчатки, маска, очки при обработке из гидропульта.;

2) режим дезинфекции объектов при грибковых инфекциях, табл. 5. Выбираем один из режимов: 2% - 30 минут, протирание или двукратное орошение. Для уборочного материала: 2% - 120 минут, замачивание.;

3) Приготовление рабочего раствора инструкция, табл. 1. Для проведения дезинфекции санитарно-технического оборудования требуется приготовить раствор для обработки поверхностей способом орошения. Объем раствора зависит от площади обрабатываемых объектов (из гидропульта или автомакса из расчета 300 мл² поверхности; из распылителя типа «Квазар» - 150 мл²). На 5 литров (100 мл раствора + 4800 мл воды). Для дезинфекции уборочного инвентаря на 5 литров (100 мл раствора + 4800 мл воды).;

4) Надеть спецодежду и средства индивидуальной защиты, обработать способом орошения поверхности

сантехнического оборудования, внутри и снаружи, двукратно, через 15 минут. После экспозиционной выдержки, при помощи щетки, ветоши и раствора Самаровки вычистить и вымыть раковину и ванну внутри и снаружи, затем тщательно ополоснуть чистой водой.;

5) уборочный инвентарь замочить в емкости для дезинфекции на 120 минут, после тщательно промыть в этом же растворе, промыть под проточной водой и убрать на сушку. Снять средства индивидуальной защиты, поместить в емкость для сбора отходов класса Б, снять спецодежду, поместить в емкость для сбора грязного белья (спецодежды), провести гигиеническую обработку рук, сделать запись.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-10, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

5. После измерения артериального давления Вам необходимо обработать тонометр.

Вопрос 1: Осуществите дезинфекцию тонометра после использования дезинфицирующими салфетками «Аживика».;

1) Дезинфицирующие салфетки «Аживика» (далее салфетки), представляют собой готовые к применению салфетки из белого нетканого материала в виде перфорированной ленты, пропитанные дезинфицирующим средством и помещенные в герметичную упаковку. Пропиточный состав (кожный антисептик «Аживика» - пролонгированное действие 5 часов). После вскрытия упаковки срок годности салфеток - 6 месяцев в плотно закрытой упаковке. Дезинфицирующие салфетки «Аживика» обладают широким спектром действия. Пропиточный состав салфеток «Аживика» по параметрам острой токсичности при введении в желудок и нанесении на кожу в соответствии с классификацией ГОСТ 12.1.007-76 относится к 4 классу мало опасных веществ. По степени ингаляционной опасности средство относится к 4 классу малоопасных веществ. Местно-раздражающее, кожно-резорбтивные и сенсibiliзирующие свойства в рекомендованных режимах применения у средства не выражены. Пропиточный состав обладает слабо выраженным раздражающим действием на слизистые оболочки глаз. СИЗ: маска, перчатки.;

2) Манжету тонометра и другие составляющие детали, а также мембрану фонендоскопа протирают салфетками «Аживика» однократно с экспозиционной выдержкой: - 30 сек - при бактериальных инфекциях (кроме туберкулёза); - 3 мин - при бактериальных (кроме туберкулеза), вирусных инфекциях, кандидозах; - 15 минут - при бактериальных (кроме туберкулеза), вирусных инфекциях, кандидозах, дерматофитиях. При наличии загрязнений (органических или др.) на поверхности объекта рекомендуется сначала одной салфеткой удалить их, а затем другой салфеткой обработать в соответствии с вышеуказанными режимами. В случае подозрения на туберкулез, а также в специализированных туберкулезных ЛПУ обработку поверхностей проводить двукратно с интервалом 15 мин и последующей выдержкой 15 мин.;

3) Использованные салфетки собрать, как медицинские отходы класса Б.;

4) Снять перчатки, поместить в емкость для сбора отходов класса Б, провести гигиеническую обработку рук.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-10, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

11. Примерная тематика НИРС по теме

1. Дезинфекция. Изучение теоретического материала по теме: Дезинфекция». Часть I, Дезинфекция». Часть II. Ответить на контрольные вопросы к теме.

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Двойников, С. И. [Сестринское дело при инфекционных заболеваниях](#) : учебное пособие / С. И. Двойников, Л. С. Жилина. - 6-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2022. - 300 с. - Текст : электронный.

[Инфекционные болезни](#) : учебник / ред. Н. Д. Ющук, Ю. Я. Венгеров. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 704 с. - Текст : электронный.

- дополнительная:

Рабинович, И. В. [Сестринское дело при инфекционных заболеваниях](#) : учебное пособие для СПО / И. В. Рабинович. - 4-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2022. - 356 с. - Текст : электронный.

Журавлев, В. И. [Сестринский уход при инфекционных заболеваниях](#) : учебное пособие / В. И. Журавлев. - 4-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2021. - 492 с. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». (http://www.consultant.ru/document/cons_doc_law_121895/)

Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» Редакция от 02.07.2021 , действует с 31.10.2021 (<https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=405056>)

Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней». Редакция от 02.07.2021 — действует с 01.10.2021 (<https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=392772>)

Национальная концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, утверждена руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, главным государственным санитарным врачом Российской Федерации (<https://docs.cntd.ru/document/499002572>)

Санитарные правила и нормы СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», главный государственный санитарный врач российской федерации постановление от 28 января 2021 года № 4. (<https://docs.cntd.ru/document/573660140>)

Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.3597-20 «Профилактика новой коронавирусной инфекции

(Covid-19)», главный государственный санитарный врач российской федерации постановление от 22 мая 2020 года № 15. (<https://seanews.ru/wp-content/uploads/2021/09/sanpiny-kovid-19-novaja-redakcija.pdf>)

Санитарные правила СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или (<https://docs.cntd.ru/document/573275590>)

Санитарные правила СП 2.2.3670-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям труда», постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 02.12.2020 г. №40. (<https://docs.cntd.ru/document/573230583>)

СанПиН 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, (<http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202102050027>)

СанПиН 1.2.3685-21 «Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания», постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 г. № 2. (<https://docs.cntd.ru/document/573500115>)

Приказ Минздравсоцразвития России от 26.01.2009 № 19н «О рекомендуемом образце добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок детям или отказа от них», зарегистрирован в Минюсте России 28.04.2009 № 13846 (<https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=135187>)

Приказ Минздрава РФ от 28.01.2021 № 29Н. «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, Перечня медицинск (<http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202101290043>)

Приказ Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации от 18 декабря 2020 г. N 928н «Об утверждении правил по охране труда в медицинских организациях». ()

Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 04.02.2016 № 11 «О представлении внеочередных донесений о чрезвычайных ситуациях санитарно-эпидемиологического характера» (зарегистрировано Минюстом России 24.03.2016, регис (<https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=273178>)

Методические рекомендации МР 2.2.9.2242-07 «Гигиенические и эпидемиологические требования к условиям труда медицинских работников, выполняющих работы, связанные с риском возникновения инфекционных заболеваний». ()

МУ 3.5.1.3674-20. Обеззараживание рук медицинских работников и кожных покровов пациентов при оказании медицинской помощи. (http://60.rospotrebnadzor.ru/sites/default/files/mu-3.5.1.3674_20-obezzarazhivanie-ruk-medrabotnikov)

Методические рекомендации МР 3.5.1.0113-16 «Использование перчаток для профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в медицинских организациях» (утв. Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия челове (<https://docs.cntd.ru/document/456020904>)

МР 3.1.0229-21. «Рекомендации по организации противоэпидемических мероприятий в медицинских организациях, осуществляющих оказание медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) (подозрением на заболевание) в стационарных условиях (<https://legalacts.ru/doc/mr-310229-21-31-profilaktika-infektsionnykh-boleznei-rekomendatsii-po-organ>)

Федеральный Закон от 30 марта 1995 года № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» (с изменениями на 8 декабря 2020 года); (<https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=283015>)

Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11.12.2020 № 885н «Об утверждении Перечня отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, работники которых проходят обязательное медицинское освидетельствовани (<https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=379562>)

1. Тема № 4. Санитарное содержание помещений, оборудования, инвентаря. Дезинфекция предметов ухода за пациентом, изделий медицинского назначения. (в интерактивной форме) (Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-10, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: метод проблемного изложения

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Поддержание требуемого санитарного режима в больничных помещениях играет огромную роль в работе стационара, организации лечебного процесса и ухода за больными, а также в профилактике ИСМП. Нарушения требований и правил санитарного режима приводит к загрязненности помещений, размножению патогенных микроорганизмов, распространению различных насекомых. Так, сохранение остатков пищи в буфете и, несвоевременное удаление пищевых отходов, способствуют появлению тараканов. Плохой уход за мягким инвентарем, мебелью, матрацами, трещины в стенах и плинтусах способствуют распространению постельных клопов, а несвоевременный вывоз мусора с территории больницы вызывает распространение мух. Нарушения правил хранения пищевых продуктов на пищеблоке ведут к появлению грызунов. Поддержание санитарного режима предусматривает регулярную тщательную уборку помещений и территории больницы. Уборка больничных помещений должна быть обязательно влажной, поскольку мытье уменьшает микробную загрязненность помещений и поверхностей предметов.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** нормативная документация, регламентирующая организацию работы по профилактике исмп., понятия «инфекционная безопасность». «инфекционный контроль»,., противоэпидемический режим. противоэпидемические мероприятия., требования к осуществлению дезинфекционной деятельности на отдельных объектах в медицинских организациях. организация работы дезинфекционного отделения., дезинфицирующие средства. применение растворов дезинфицирующих средств. классы токсичности дезинфицирующих средств. важные и полезные свойства дезинфицирующих средств. оборудование для дезинфекции растворами дезинфицирующих средств. правила работы с дезинфицирующими средствами. первая помощь при отравлениях дезинфицирующими препаратами. рекомендации по дезинфекции поверхностей, предметов и изделий медицинского назначения. виды дезинфицирующих средств. характеристика групп современных средств дезинфекции. технологии обеззараживания воздуха помещений медицинских организаций., санитарное содержание помещений, оборудования, инвентаря. дезинфекция предметов ухода за пациентом, изделий медицинского назначения., подготовка и использование дезинфицирующих растворов., правила обращения с медицинскими отходами в медицинских организациях., **уметь** инфекционная безопасность. инфекционный контроль., правила обращения с медицинскими отходами в медицинских организациях., подготовка и использование дезинфицирующих растворов., санитарное содержание помещений, оборудования, инвентаря. дезинфекция предметов ухода за пациентом, изделий медицинского назначения., **владеть**

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** кабинет сестринского дела

- **оснащение занятия:** комплект учебной мебели, посадочных мест, компьютер с возможностью подключения к сети «интернет» и доступом к электронной информационно-образовательной среде

7. Аннотация (краткое содержание темы)

Класс чистоты помещений в зависимости от функционального назначения к помещениям медицинских организаций

- класс А — особо чистые помещения: операционные, родильные залы, асептические боксы для гематологических, ожоговых пациентов, палаты для недоношенных детей, асептический блок аптек, стерилизационная (чистая половина), боксы бактериологических лабораторий;
- класс Б — чистые помещения: процедурные, перевязочные, предоперационные, палаты и залы реанимации, детские палаты, комнаты сбора и пастеризации грудного молока, ассистентские и фасовочные аптек, помещения бактериологических и клинических лабораторий, предназначенные для проведения исследований;
- класс В — условно чистые помещения: палаты хирургических отделений, коридоры, примыкающие к операционным, родильным залам, смотровые, боксы и палаты инфекционных отделений, ординаторские, материальные, кладовые чистого белья;
- класс Г — грязные помещения: коридоры и помещения административных зданий, лестничные марши лечебно-диагностических корпусов, санитарные комнаты, туалеты, помещения для временного хранения грязного белья и временного хранения отходов.

Влажная уборка помещений (обработка полов, мебели, оборудования, подоконников, дверей) должна осуществляться не менее 2 раз в сутки с использованием моющих и дезинфицирующих средств. Текущие уборки в медицинской организации неинфекционного профиля, кроме помещений с асептическим режимом, проводят с применением моющих средств (без использования дезинфицирующих средств).

Генеральную уборку осуществляют с целью удаления загрязнений и снижения микробной обсемененности в помещениях организаций. Проведение генеральной уборки фиксируют в журнале.

Генеральная уборка помещений класса чистоты В (палатных отделений и других функциональных помещений, и кабинетов) и Г (регистратур, справочных, вестибюлей, гардеробных, помещений для приема передач пациентам, помещений выписки, помещений для ожидания, буфетных, столовых для пациентов) с обработкой стен, полов, оборудования, инвентаря, светильников с применением моющих и дезинфицирующих средств, проводится по графику, но не реже одного раза в месяц.

Генеральная уборка помещений классов чистоты А и Б (операционного блока, перевязочных, родильных залов, процедурных, манипуляционных, стерилизационных, и других помещений с асептическим режимом) с обработкой стен, полов, оборудования, инвентаря, светильников с применением моющих и дезинфицирующих средств, проводится по графику, но не реже одного раза в неделю.

В операционных блоках, перевязочных, процедурных, манипуляционных, стерилизационных и других помещений с асептическим режимом текущую уборку помещений проводят с применением дезинфицирующих средств по режимам эффективным для профилактики вирусных инфекций.

После окончания уборки проводится обеззараживание воздуха в помещении.

В стационарах и поликлиниках должны быть центральные кладовые для чистого и грязного белья. В медицинских организациях, обслуживающих до 50 пациентов в смену чистое и грязное белье может храниться в отдельных шкафах.

Кладовая для чистого белья оборудуется стеллажами с влагоустойчивой поверхностью для проведения влажной уборки и дезинфекции.

Центральная кладовая для грязного белья оборудуется напольными стеллажами, умывальником, вытяжной вентиляцией и устройством для обеззараживания воздуха. Процессы, связанные с транспортировкой, погрузкой, разгрузкой белья, должны быть механизированы. Транспортировка чистого белья из прачечной и грязного белья в прачечную должна осуществляться в упакованном виде (в контейнерах), выделенным автотранспортом. Перевозка грязного и чистого белья в одной и той же таре не допускается.

После выписки или смерти пациента, а также по мере загрязнения матрацы, подушки, одеяла должны подвергаться дезинфекционной обработке. В медицинской организации не должно быть насекомых и грызунов.

Обращение с медицинскими отходами осуществляется в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями.

Технологии обеззараживания воздуха помещений медицинских организаций.

Обеззараживание воздуха — профилактическое мероприятие, которое помогает предотвратить распространение инфекционных заболеваний с аэрозольным механизмом передачи (туберкулез, корь, дифтерия, ветряная оспа, краснуха, ОРВИ, включая грипп, и т. п.).

Технологии для снижения обсемененности воздуха до безопасного уровня.

- воздействие ультрафиолетовым излучением с помощью открытых и комбинированных бактерицидных облучателей, применяемых в отсутствие людей, и закрытых облучателей, в том числе рециркуляторов, позволяющих проводить обеззараживание воздуха в присутствии людей, необходимое число облучателей для каждого помещения определяют расчетным путем согласно действующим нормам;
- воздействие аэрозолями дезинфицирующих средств в отсутствие людей с помощью специальной распыливающей аппаратуры (генераторы аэрозолей) при проведении дезинфекции по типу заключительной и при проведении генеральных уборок;
- применение бактериальных фильтров, в том числе электрофильтров.

Технология 1. Воздействие ультрафиолетовым излучением.

Ультрафиолетовое (УФ) бактерицидное облучение воздушной среды помещений — традиционное и наиболее распространенное санитарно-противоэпидемическое (профилактическое) мероприятие, направленное на снижение количества микроорганизмов в воздухе медицинских организаций и профилактику инфекционных заболеваний. УФ-лучи являются частью спектра электромагнитных волн оптического диапазона. Они оказывают повреждающее действие на ДНК микроорганизмов, что приводит к гибели микробной клетки в первом или последующих поколениях. Спектральный состав УФ-излучения, вызывающего бактерицидное действие, лежит в интервале длин волн 205–315 нм. Вирусы и бактерии в вегетативной форме более чувствительны к воздействию УФ-излучения, чем плесневые и дрожжевые грибы, споровые формы бактерий.

Способы применения УФ-излучения:

1. прямое облучение проводится в отсутствие людей (перед началом работы, в перерывах между выполнением определенных манипуляций, приема пациентов) с помощью бактерицидных ламп, закрепленных на стенах или потолке либо на специальных штативах, стоящих на полу;
2. не прямое облучение (отраженными лучами) осуществляется с использованием облучателей, подвешенных на высоте 1,8–2 м от пола с рефлектором, обращенным вверх таким образом, чтобы поток лучей попадал в верхнюю зону помещения; при этом нижняя зона помещения защищена от прямых лучей рефлектором лампы.
3. закрытое облучение применяется в системах вентиляции и автономных рециркуляционных устройствах, допустимо в присутствии людей.

Воздух, проходящий через бактерицидные лампы, находящиеся внутри корпуса рециркулятора, подвергается прямому облучению и попадает вновь в помещение уже обеззараженным.

Технические средства для УФ-обеззараживания

- Бактерицидные лампы
- Разрядные лампы.
- Ксеноновые импульсные лампы.

Ртутные лампы низкого давления конструктивно и по электрическим параметрам практически не отличаются от обычных осветительных люминесцентных ламп, за исключением того, что их колба выполнена из специального кварцевого или увиолевого стекла с высоким коэффициентом пропускания УФ-излучения, на ее внутреннюю поверхность не нанесен слой люминофора. Более 60 % излучения приходится на длину волны 254 нм, обеспечивающую наибольшее бактерицидное действие. Они имеют большой срок службы (5000–10 000 ч) и мгновенную способность к работе после зажигания.

Ртутно-кварцевые лампы высокого давления (их колба выполнена из кварцевого стекла), и поэтому при небольших размерах они имеют большую единичную мощность (100–1000 Вт), что позволяет уменьшить число ламп в помещении. Обладают низкой бактерицидной отдачей и малым сроком службы (500–1000 ч), микробицидный эффект наступает через 5–10 мин. после начала работы.

Существенным недостатком ртутных ламп является опасность загрязнения парами ртути помещений и окружающей среды в случае разрушения и необходимости проведения демеркуризации. Поэтому после истечения сроков службы лампы подлежат централизованной утилизации в условиях, обеспечивающих экологическую безопасность.

Ксеноновые короткоимпульсные лампы, обладающие гораздо большей биоцидной активностью. Принцип их действия основан на высокоинтенсивном импульсном облучении воздуха и поверхностей УФ-излучением сплошного спектра. Преимущество ксеноновых импульсных ламп обусловлено более высокой бактерицидной активностью и меньшим временем экспозиции. Достоинством ксеноновых ламп является также то, что при случайном их разрушении окружающая среда не загрязняется парами ртути.

Основные недостатки этих ламп, сдерживающие их широкое применение, — необходимость использования для их работы высоковольтной, сложной и дорогостоящей аппаратуры, а также ограниченный ресурс излучателя (в среднем 1–1,5 года).

Бактерицидные лампы подразделяются на озонные и безозонные.

У озонных ламп в спектре излучения присутствует спектральная линия с длиной волны 185 нм, которая в результате взаимодействия с молекулами кислорода образует озон в воздушной среде. Высокие концентрации озона могут оказать неблагоприятное воздействие на здоровье людей. Использование этих ламп требует контроля содержания озона в воздушной среде, безупречной работы вентиляционной системы, регулярного тщательного проветривания помещения.

Чтобы исключить возможность генерации озона, разработаны так называемые бактерицидные безозонные лампы. У таких ламп за счет изготовления колбы из специального материала (кварцевое стекло с покрытием) исключается выход излучения линии 185 нм.

Бактерицидный облучатель - это электротехническое устройство, в состав которого входят: бактерицидная лампа, отражатель и другие вспомогательные элементы, а также приспособления для крепления. Бактерицидные облучатели перераспределяют поток излучения, сгенерированного лампой, в окружающее пространство в заданном направлении.

Все бактерицидные облучатели подразделяются на две группы — открытые и закрытые.

В открытых облучателях используется прямой бактерицидный поток от ламп и отражателя (или без него), который

охватывает определенное пространство вокруг них. Такие облучатели устанавливаются на потолке, стене или в дверных проемах, возможны мобильные (передвижные) варианты облучателей. Особое место занимают открытые комбинированные облучатели. В этих облучателях за счет поворотного экрана бактерицидный поток от ламп можно направлять как в верхнюю, так и нижнюю зону пространства. Однако эффективность таких устройств значительно ниже из-за изменения длины волны при отражении.

У закрытых облучателей (рециркуляторов) бактерицидный поток распределяется в ограниченном замкнутом пространстве и не имеет выхода наружу, при этом обеззараживание воздуха осуществляется в процессе его прокачки через вентиляционные отверстия рециркулятора.

Облучатели закрытого типа (рециркуляторы) должны размещаться в помещении на стенах по ходу основных потоков воздуха (в частности, вблизи отопительных приборов) на высоте не менее 2 м от пола.

Рециркуляторы на передвижной опоре размещают в центре помещения или также по периметру.

Скорость воздушного потока обеспечивается либо естественной конвекцией, либо принудительно с помощью вентилятора.

Недостатки технологии 1:

- при использовании открытых облучателей требуются средства индивидуальной защиты, запрещается применение в присутствии пациентов;
- эффективность облучения снижается при повышенной влажности, запыленности, низких температурах;
- не удаляются запахи и органические загрязнения;
- ртутные лампы не действуют на плесневые грибы;
- использование озонных ламп требует регулярных замеров озона;
- бактерицидный поток меняется в ходе эксплуатации, необходим его контроль;
- повышенные требования к эксплуатации и утилизации облучателей, которые содержат ртуть;
- высокая стоимость установки и сложное техническое обслуживание импульсных ксенонных ламп.

Технология 2. Применение бактериальных фильтров

Механические фильтры

Фильтры используют такой способ очистки, при котором загрязненный воздух проходит через волокнистые материалы и осаждаются на них. Подбор фильтров и порядок их использования зависит от того, какая чистота воздуха должна быть обеспечена в том или ином помещении медицинской организации.

Так, воздух, подаваемый в помещения чистоты классов А (операционные, реанимационные и т. д.) и Б (послеродовые палаты, палаты для ожоговых больных и т. д.), подвергается очистке и обеззараживанию устройствами, которые обеспечивают эффективность инактивации микроорганизмов на выходе из установки не менее чем на 99 % для класса А и 95 % для класса Б, а также эффективность фильтрации, соответствующей фильтрам высокой эффективности (Н11-Н14).

Ионные электростатические воздухоочистители.

Принцип действия состоит в том, что частицы загрязнения размером от 0,01 до 100 мкм, проходя через ионизационную камеру, приобретают заряд и осаждаются на противоположно заряженных пластинах.

Фотокаталитические воздухоочистители.

При использовании фотокаталитических воздухоочистителей происходит разложение и окисление микроорганизмов и химических веществ на поверхности фотокатализатора под действием ультрафиолетовых лучей.

Недостатки технологии 2:

- не действует на микроорганизмы, размещенные на поверхностях;
- снижает влажность воздуха помещений;
- необходимость регулярного технического обслуживания и своевременной замены фильтрующих элементов.

Технология 3. Воздействие аэрозолями дезинфицирующих средств.

Согласно МР 3.5.1.0103-15 «Методические рекомендации по применению метода аэрозольной дезинфекции в медицинских организациях» антимикробное действие аэрозолей основано на двух процессах:

- испарение частиц аэрозоля и конденсация его паров на бактериальном субстрате;
- выпадение неиспарившихся частиц на поверхности и образование бактерицидной пленки.

В зависимости от размеров частиц аэрозолей дезинфицирующих средств различают:

- «сухой» туман — размер частиц 3,5-10 мкм;
- «увлажненный» туман — размер частиц 10-30 мкм;
- «влажный» туман — размер частиц 30-100 мкм.

Преимущества данного метода дезинфекции:

- высокая эффективность при обработке помещений больших объемов, в т. ч. труднодоступных и удаленных мест;
- одновременное обеззараживание воздуха, поверхностей в помещениях, систем вентиляции и кондиционирования воздуха;
- возможность выбора наиболее адекватного режима применения за счет варьирования режимов работы генератора - дисперсности, длительности циклов обработки, нормы расхода, энергии частиц;
- экономичность (низкая норма расхода и уменьшение трудозатрат);
- экологичность (за счет повышения эффективности дезинфекции аэрозольным методом снижается концентрация действующих веществ и расход средства, тем самым снижается нагрузка на окружающую среду);
- минимизация урона для объектов обработки (снижение концентрации и норм расхода движущей силы сохраняет оборудование от повреждения).

Данная технология обработки воздуха и поверхностей рекомендуется в качестве основного/вспомогательного или альтернативного метода для обеззараживания воздуха и поверхностей при проведении заключительной дезинфекции, генеральных уборок, перед сносом и перепрофилированием медицинских организаций; при различных типах уборки; для обеззараживания систем вентиляции и кондиционирования воздуха при проведении профилактической дезинфекции, дезинфекции по эпидемиологическим показаниям и очаговой заключительной дезинфекции.

Недостатки технологии 3:

- опасность вредного химического воздействия на персонал и пациентов;
- необходимы дополнительные средства индивидуальной защиты;
- длительное проветривание помещений после применения аэрозолей; применение только в отсутствие пациентов;
- непригодность для текущей дезинфекции.

Технология 4. Воздействие озоном.

Озон — это химическое вещество, молекула которого состоит из трех атомов кислорода. Молекула озона нестабильна. Озон энергично вступает в химические реакции со многими органическими соединениями. Этим объясняется его выраженное бактерицидное действие. Озон активно реагирует со всеми структурами клетки, чаще вызывая нарушение проницаемости или разрушение клеточной мембраны. Также озон обладает дезодорирующим действием. В то же время озон является газом, негативное воздействие которого на организм человека превышает воздействие угарного газа. *Важно!* По токсичным свойствам озон относится к первому классу опасности и требует чрезвычайно осторожного обращения с ним. В помещениях, где работают люди, нельзя допускать утечки озона. Под его воздействием могут образовываться токсичные вещества. Из-за высокой химической активности озон оказывает сильное коррозионное действие на конструкционные материалы.

Недостатки технологии 4:

- опасность вредного химического воздействия на персонал и пациентов;
- повышенные требования безопасности при работе; при дезинфекции в медорганизациях концентрация озона может достигать 3-10 мг/м³, поэтому обработка проводится в отсутствие людей;
- озон может распространяться на соседние помещения при негерметичности обрабатываемых помещений, неправильной работе вентиляционных систем или общих воздуховодов;
- коррозионное действие на изделия из металла;
- озон непригоден для текущей дезинфекции;
- длительное время (120 мин.) саморазложения озона после применения в помещениях, требующих асептичности.

Сочетание технологий.

Примеры использования комплексных технологий:

- последние модели закрытых УФ-облучателей-рециркуляторов, которые сначала пропускают воздух через фильтры, а затем обеззараживают его внутри рабочей камеры с помощью УФ-лучей;
- различные модели фотокаталитических воздухоочистителей, где перед фотокатализом воздух проходит через механические фильтры.

Алгоритм работы при кварцевании на примере работы бактерицидной лампы ОБН.

Условия: кварцевание при текущей уборке проводится по 30 мин., при генеральной уборке-2 часа.

Показания: контроль за ИСМП.

Оборудование: бактерицидная лампа ОБН; ватный тампон, ветошь.

Прибор предназначен для обеззараживания воздуха в помещениях.

Порядок работы:

1. Перед включением прибора в сеть убедиться в отсутствии повреждения шнура питания.
 2. Включить вилку шнура питания в сеть на определенный промежуток времени (при текущей уборке на 30 минут, при генеральной уборке на 2 часа).
- Запрещается заходить в помещение при включенной бактерицидной лампе, вход допускается через 30 минут после отключения лампы и проветривания.
 - Замена бактерицидной лампы производится после 8000 часов работы.
 - Учет работы бактерицидной лампы фиксируется в Журнале учета кварцевания.

Дезинфекция: Внешняя отделка прибора допускает влажную санитарную обработку. Санитарная обработка и чистка прибора производится после отсоединения от сети. Не допускать попадания жидкости во внутрь бактерицидной лампы! Бактерицидные лампы относятся к классу «Г» по единой классификации медицинских отходов. Сбор и временное хранение отработанных ламп проводится в отдельно выделенном помещении. Режим работы облучателя устанавливается в соответствии с «Методическими указаниями по применению бактерицидных ламп для обеззараживания воздуха и поверхностей» №11-16/03-06, утвержденными Минздравмедпромом РФ 28.02.95 г.

Независимо от принятой системы вентиляции рекомендуется проветривание палат не менее 4 раз в сутки по 15 минут.

Санитарно - гигиенические изделия и предметы ухода за больными.

Санитарно - гигиенические изделия - это парафармацевтические товары обуславливающие соблюдение в домашних условиях и ЛПУ установленных санитарных правил, проведение различных мероприятий направленных на улучшение и оздоровление условий жизни и труда человека.

Предметы ухода за больными - это парафармацевтические товары, обеспечивающие надлежащее обслуживание больных, облегчающие их страдания и предотвращающие осложнения в процессе лечения, а также создающие оптимальные условия в процессе проведения различного рода медицинских и других процедур.

Классификация санитарно-гигиенических изделий и предметов ухода за больными:

1. По материалу для изготовления:
 - изделия из резины (грелки медицинские, пузыри для льда, трубки медицинские, спринцовки типа А и др.);
 - изделия из латекса (перчатки медицинские, пальчики, соски детские);
 - изделия из пластмассы (наконечники клизменные, стаканчики для приема лекарств, судна подкладные, мочеприемники);
 - изделия из стекла (наконечники влагалищные, мочеприемники, стаканчики для приема лекарств, банки медицинские и др.);
 - изделия из металла (судна подкладные, поильники, тазики почкообразные, костыли и трости опорные);
 - изделия из фарфора (судна подкладные, поильники);
 - изделия из древесины (костыли и трости опорные);
 - изделия из текстильных материалов (бандажи, корректоры осанки, шорты антицеллюлитные, носки противогрибковые);
 - изделия из замши (бандажи грыжевые двусторонние и др.);

- комбинированные изделия (резина и стекло: молокоотсосы ручные; резина и пластмасса: спринцовки типа Б; резина и ткань: клеенки медицинские резинотканевые; стекло и латекс: пипетки глазные; пластмасса и текстиль: зубочист–ки с нитью).

2. По области применения:

- для терапевтических целей (грелки медицинские, пузыри для льда, банки медицинские, трубки медицинские, пояса послеоперационные и др.); для профилактических целей (бандажи лечебные, молокоотсосы, круги подкладные, корректоры осанки, колготки и чулки антиварикозные, шорты антицеллюлитные, подпяточники, маски и др.);
- для диагностических целей (катетеры, зонды, трубки медицинские и др.); для гигиенических целей (губки туалетные, щетки для рук, ватные шарики, ватные диски и др.);
- для дозирования жидких лекарственных средств (пипетки глазные, стаканчики для приема лекарств, поильники);
- для передвижения и создания опоры (костыли и трости опорные, костыли локтевые);
- для коррекции костно-суставной системы (супинаторы, корректоры осанки и др.);
- для ухода за лежачими больными (судна подкладные, мочеприемники, калоприемники, поильники, спринцовки, клеенка медицинская и др.); для ухода за новорожденными (соски молочные детские, соски-пустышки, палочки гигиенические, кольца зубные, аспираторы назальные и др.); для защиты рук медицинского персонала (перчатки медицинские, напальчн–ки);
- для ухода за зубами (щетки зубные, зубочистки, зубочистки с нитью и стимулятором десен, нити зубные);
- для гигиены женщин (прокладки, тампоны и салфетки гигиенические);
- для проведения лабораторных работ (пипетки глазные, спринцовки, трубки медицинские, баллоны и мехи резиновые и др.);
- для комплектования медицинской аппаратуры (трубки медицинские, баллоны и мехи резиновые).

Общие требования, предъявляемые к качеству санитарно-гигиенических изделий и предметов ухода за больными.

- соответствие материалу изготовления;
- соответствие размерам (объему, длине, ширине, диаметру) и геометрической форме;
- отсутствие внешних дефектов (вмятин, царапин, механических повреждений, разрывов, наплывов, разнотона и т. д.) на самом изделии и его упаковке;
- герметичность и прочность (для грелок резиновых, пузырей для льда, кругов подкладных, кружек ирригаторных, перчаток хирургических);
- эластичность (для бандажей лечебных, трубок медицинских, сосок детских корректоров осанки и др.);
- упругость (для спринцовок, колец маточных);
- неслипаемость внутренней поверхности изделий (для изделий из резины I латекса);
- комплектность (для изделий, включающих два и более конструктивных элементов);
- наличие и полнота маркировки;
- стойкость к моющим и дезинфицирующим агентам.

Этапы обработки посуды.

1. механическое удаление пищи
2. мытье в первой мойке с обезжиривающими средствами
3. ополаскивание проточной, горячей водой - во второй мойке
4. просушивание посуды на специальных полках или решетках

Этапы обработки посуды в инфекционных больницах и по эпидемиологическим показаниям.

1. механическое удаление пищи
2. дезинфекция по инструкции к дезинфицирующему средству
3. промывание под проточной водой от дезинфицирующего раствора
4. мытье с чистящим средством
5. ополаскивание проточной водой
6. просушивание посуды на специальных полках или решетках.

Дезинфекция предметов ухода за пациентом способом погружения.

- Цель: обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала.
- Оснащение: Спецодежда, СИЗ; Использованный предмет ухода; Емкость для дезинфицирующего (моюще-дезинфицирующего раствора) раствора, с крышкой и маркировкой; Ветошь (2 шт.);

Подготовка и выполнение обработки:

1. Надеть спецодежду, СИЗ.
2. Подготовить оснащение.
3. Приготовить раствор нужной концентрации по инструкции к дезинфицирующему средству.
4. Провести дезинфекцию методом полного погружения:
 - 4.1 Погрузить полностью предмет ухода, заполняя его полости дезинфицирующим раствором.
 - 4.2 Снять перчатки, обработать руки.
 - 4.3 Отметить время начала дезинфекции.
 - 4.4 Выдержать экспозицию по инструкции.
 - 4.5 Надеть перчатки.
 - 4.6 Прополоскать предмет проточной водой от дезраствора по инструкции, затем промыть ветошью (щеткой), используя моющие средства, высушить; либо после дезинфекции промыть предмет в этом же растворе ветошью (щеткой), если раствор моющее-дезинфицирующий, затем промыть проточной водой по инструкции, высушить.
5. Вылить дезинфицирующий раствор в канализацию, емкость и ветошь (щетку) продезинфицировать.
6. Хранить предмет ухода в специально отведенном месте.
7. Снять спецодежду, вымыть и осушить руки.

Дезинфекция предметов ухода за пациентом способом протирания.

- Цель: обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала.
- Оснащение: Спецодежда, СИЗ; Использованный предмет ухода; Емкость для дезинфицирующего (моющее-дезинфицирующего раствора) раствора, с крышкой и маркировкой; Ветошь (2 шт.);

Подготовка и проведение обработки:

1. Надеть спецодежду, СИЗ.
2. Подготовить оснащение.
3. Приготовить раствор нужной концентрации по инструкции к дезинфицирующему средству.
4. Провести дезинфекцию протирания:
 - 4.1 Протереть предмет по инструкции однократно или двукратно дезинфицирующим средством.
 - 4.2 Снять перчатки, обработать руки.
 - 4.3 Отметить время начала дезинфекции.
 - 4.4 Выдержать экспозицию по инструкции.
 - 4.5 Надеть перчатки.
 - 4.6 Прополоскать предмет проточной водой от дезраствора по инструкции, затем промыть ветошью (щеткой), используя моющие средства, высушить; либо после дезинфекции промыть предмет в этом же растворе ветошью (щеткой), если раствор моющее-дезинфицирующий, затем промыть проточной водой по инструкции, высушить.
5. Вылить дезинфицирующий раствор в канализацию, емкость и ветошь (щетку) продезинфицировать. 6. Хранить предмет ухода в специально отведенном месте.
7. Снять спецодежду, вымыть и осушить руки.

Примечание: Концентрацию раствора, его экспозицию и способ обработки выбирают в зависимости от эпидемиологической опасности на основании нормативной документации.

Дезинфекция предметов ухода за больными (примеры).

Медицинские термометры.

Этапы обработки:

1. Замачивание в дезинфицирующем растворе:
 - 2 % - 3% раствор хлорамина - 5 минут,
 - 0,5 % раствор хлорамина - 30 мин,
 - 3% раствор перекиси водорода - 80 мин,
 - в 6% растворе перекись водорода - 5 минут,
 - другое дезинфицирующее средство по инструкции.
2. Ополаскивание в проточной воде до исчезновения запаха (по инструкции).
3. Сушка на чистых салфетках до полного исчезновения влаги. Ёмкости обрабатываются вместе с термометрами.
4. Хранение в специальном футляре.

8. Вопросы по теме занятия

1. Расскажите о классах чистоты помещений медицинских организаций.
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2
2. Расскажите о кратности проведения текущих и генеральных уборок в медицинских организациях.
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2
3. Охарактеризуйте технологии обеззараживания воздуха помещений медицинских организаций.
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2
4. Расскажите алгоритм работы при кварцевании на примере работы бактерицидной лампы ОБН.
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2
5. Расскажите о графике проветривания помещений медицинских организаций.
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2
6. Дайте определение "Санитарно - гигиенические изделия".
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2
7. Дайте определение "Предметы ухода за больными".
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2
8. Расскажите о классификации санитарно-гигиенических изделий и предметов ухода за больными.
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2
9. Перечислите общие требования, предъявляемые к качеству санитарно-гигиенических изделий и предметов ухода за больными.
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2
10. Расскажите об этапах обработки посуды.
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2
11. Расскажите о дезинфекции предметов ухода за пациентом разными способами.
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ВЛАЖНАЯ УБОРКА ПОМЕЩЕНИЙ СТАЦИОНАРА ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ НЕ МЕНЕЕ:

- 1) 2 раз в сутки с применением моюще-дезинфицирующих средств;
- 2) 3 раз в сутки с применением моющих средств;
- 3) 1 раза в сутки с применением дезинфицирующих средств;
- 4) 1 раза в неделю;
- 5) 1 раза в месяц;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

2. ГЕНЕРАЛЬНАЯ УБОРКА ПРОЦЕДУРНОГО КАБИНЕТА ПРОВОДИТСЯ НЕ РЕЖЕ ОДНОГО РАЗА:

- 1) в сутки;
- 2) в неделю;
- 3) в месяц;
- 4) в квартал;
- 5) в год;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

3. В ЦЕЛЯХ НЕДОПУЩЕНИЯ ВЫРАБОТКИ УСТОЙЧИВОСТИ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ В МО МИКРООРГАНИЗМОВ К ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИМ СРЕДСТВАМ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ ЧЕРЕДОВАТЬ ПРЕПАРАТЫ, ИМЕЮЩИЕ В СВОЕМ СОСТАВЕ РАЗЛИЧНЫЕ ДЕЙСТВУЮЩИЕ ВЕЩЕСТВА:

- 1) не реже 1 раза в месяц;
- 2) не реже двух раз в квартал;
- 3) с учётом результата мониторинга резистентности микроорганизмов, по эпидпоказаниям;
- 4) не реже 1 раза в квартал;
- 5) не реже 1 раза в год;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

4. ГЕНЕРАЛЬНАЯ УБОРКА В ОТДЕЛЕНИЯХ ВЫСОКОГО РИСКА ПРОВОДИТСЯ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИМИ СРЕДСТВАМИ ПО РЕЖИМУ ДЛЯ ИНФЕКЦИЙ:

- 1) бактериальных;
- 2) вирусных;
- 3) грибковых;
- 4) вызванных простейшими;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

5. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УБОРКИ ДОПУСКАЕТСЯ ПРИВЛЕКАТЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ УБОРОЧНЫЕ (КЛИНИНГОВЫЕ) КОМПАНИИ:

- 1) для помещений всех классов;
- 2) для помещений всех классов, кроме помещений класса А;
- 3) для помещений всех классов, кроме помещений класса Б;
- 4) для помещений всех классов, кроме помещений класса Г;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

6. ДЕЗИНСЕКЦИЯ - ЭТО:

- 1) уничтожение патогенной и условно патогенной микрофлоры;
- 2) уничтожение насекомых;
- 3) уничтожение грызунов;
- 4) уничтожение всех биологических следов жизнедеятельности микроорганизмов;
- 5) уничтожение микробов;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

7. ПРОЦЕДУРНЫЕ, ПЕРЕВЯЗОЧНЫЕ ОТНОСЯТСЯ К ПОМЕЩЕНИЯМ ЧИСТОТЫ КЛАССА:

- 1) А;
- 2) Б;
- 3) В;
- 4) Г;
- 5) Д;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

8. ПО ОКОНЧАНИИ ПРОВЕДЕНИЯ УБОРКИ УБОРОЧНЫЙ ИНВЕНТАРЬ:

- 1) собирают в емкости для сбора отходов класса А;
- 2) оставляют в ведре для дальнейшего использования при последующих уборках;
- 3) прополаскивают в воде и сушат;
- 4) обеззараживают в растворе дезинфицирующего средства, затем прополаскивают в воде и сушат;
- 5) собирают в емкости для сбора отходов класса Б;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

9. ДЕРАТИЗАЦИЯ - ЭТО:

- 1) уничтожение всех биологических следов жизнедеятельности микроорганизмов;
- 2) уничтожение грызунов;
- 3) уничтожение насекомых;
- 4) уничтожение патогенной и условно патогенной микрофлоры;
- 5) уничтожение вирусов;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

10. САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ РЕЖИМ ОЗНАЧАЕТ ПРОВЕДЕНИЕ КОМПЛЕКСА МЕРОПРИЯТИЙ:

- 1) по личной гигиене;
- 2) по пропаганде «Здорового образа жизни»;
- 3) по организации лечебно-охранительного режима;
- 4) по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи;
- 5) по профилактике обострений хронических болезней;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

11. ПОСЛЕ СБОРА ГРЯЗНОЕ БЕЛЬЕ И СПЕЦОДЕЖДА:

- 1) подвергаются дезинфекции в дезинфекционной камере;
- 2) подвергаются дезинфекции химическим методом;
- 3) сортируется и упаковывается в мешки из плотной ткани, массой не более 10 кг;
- 4) без сортировки упаковываются в мешки и отправляются в прачечную;
- 5) кипятят в отделении для дезинфекции;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

12. СПЕЦОДЕЖДА ПЕРСОНАЛА СОМАТИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ МЕНЯЕТСЯ:

- 1) 1 раз в 3 дня и по мере загрязнения;
- 2) каждую неделю;
- 3) ежедневно и по мере загрязнения;
- 4) ежедневно;
- 5) 2 раза в день;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

13. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ГЕНЕРАЛЬНОЙ УБОРКИ НУЖНО ЗАПОЛНИТЬ ЖУРНАЛ УЧЕТА ПРОВЕДЕНИЯ ГЕНЕРАЛЬНЫХ УБОРОК:

- 1) да;
- 2) нет;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-10, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

14. УЧЕТ БЕЛЬЯ В ОТДЕЛЕНИИ ВЕДЕТ:

- 1) палатная медицинская сестра;
- 2) младшая медицинская сестра;
- 3) сестра-хозяйка;
- 4) санитарка;
- 5) заведующий отделением;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

15. В ОТДЕЛЕНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

- 1) чистое белье;
- 2) только стерильное белье;
- 3) допускается использование чистого и стерильного белья;
- 4) одноразовое белье;
- 5) домашнее белье;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Требуется провести дезинфекцию столовой посуды средством Хлормикс.

Вопрос 1: Приготовьте дезинфицирующий раствор и проведите обработку посуды без остатков пищи дезинфицирующим средством «Хлормикс» по режиму дезинфекции объектов при туберкулезе.;

1) Дезинфицирующее средство «Хлормикс» предназначено: в форме таблеток и гранул - для дезинфекции поверхностей в помещениях, белья, посуды, предметов ухода за больными, изделий медицинского назначения, игрушек, санитарно-технического оборудования, уборочного материала при проведении текущей, заключительной и профилактической дезинфекции в ЛПУ. Средство хорошо растворимо в воде. Водные растворы прозрачные, имеют запах хлора. Срок годности рабочих растворов средства - 3 суток. При введении в желудок относится к 3-му классу умеренно опасных веществ, при нанесении на кожу животных - к 4-му классу малоопасных: при введении в брюшную полость средство относится к 4 классу мало токсичных веществ. Пары и

аэрозоль средства при ингаляции опасны и относятся к 2 классу опасности. Средства защиты: перчатки, маска, очки. Таблица 5 Режимы дезинфекции различных объектов растворами средства «Хлормикс» при туберкулезе

Посуда без остатков пищи 0,06 % , время обеззараживания 30 минут, Способ обработки - погружение.

Приготовление рабочих растворов средства «Хлормикс» из таблеток. На 10 литров раствора необходимо взять 4 таблетки. Из расчета 2 литра на один комплект посуды (5 комплектов).;

2) Вымыть руки, надеть спецодежду, СИЗ. Подготовить моющее-дезинфицирующий раствор по режиму обработки посуды без остатков пищи. Посуду очищают от остатков пищи, погружают в раствор из расчета 2 литра на один комплект посуды (5 комплектов), по окончании дезинфекции посуду промывают под проточной водой в течение 3 минут, затем моют ветошью или щеткой с моющим средством для мытья посуды, тщательно прополаскивают и ставят на сушку. Снять СИЗ, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Спецодежду и поместить в емкость для сбора грязного белья. Вымыть и осушить руки.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

2. Требуется провести текущую уборку массажного кабинета средством Самаровка.

Вопрос 1: Подготовьте нужное количество раствора для уборки, согласно инструкции.;

Вопрос 2: Расскажите алгоритм проведения текущей уборки массажного кабинета;

1) 1.Средство “Самаровка” представляет собой жидкость светло-синего цвета, хорошо смешивающуюся с водой, относится к 4 классу мало опасных веществ. Срок годности рабочих растворов - 14 дней. Широкий спектр действия. Обладает моющим эффектом. Средства защиты: перчатки, маска, очки при обработке из гидропульты. 2. режим дезинфекции объектов при вирусных инфекциях (включая вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекцию, инструкция, табл. 4. 3% - 30 минут, протирание или орошение. для уборочного инвентаря: 3% - 60 минут, погружение. Для проведения влажной уборки процедурного кабинета приготовим □ 5 литров для обработки поверхностей (150 мл раствора + 4850 мл воды). □ 10 литров для мытья полов (300 мл раствора + 9700 мл воды). □ 10 литров для дезинфекции уборочного инвентаря (300 мл раствора + 9700 мл воды);

2) Текущая уборка помещений (обработка полов, мебели, оборудования, подоконников, дверей) проводится не реже 2 раз в день влажным способом с применением моюще-дезинфицирующих средств. Все горизонтальные поверхности обрабатываются раствором дезинфицирующего средства или моюще-дезинфицирующего средства согласно инструкции к применению в противовирусном режиме (вирусный гепатит В, С и ВИЧ). Полы моют раствором дезсредства или моюще-дезинфицирующего средства в противовирусном режиме (вирусный гепатит В, С и ВИЧ). Проводят обеззараживание воздуха в соответствии с инструкцией к конкретному оборудованию. Проветривают процедурный кабинет при круглосуточном режиме работы 4 раза в день по 15-30 минут. Весь уборочный материал (ведра, тазы, ветошь, швабры) должны иметь четкую маркировку с указанием помещения и вида уборочных работ. Маркированный уборочный инвентарь хранится в строго установленном месте и использоваться только по прямому назначению. Последовательность действий: 1. надеть специальную одежду и средства индивидуальной защиты; 2. подготовить уборочный инвентарь: ведра, ветошь, швабру; 3. навести моюще-дезинфицирующий раствор по инструкции к дезинфицирующему средству в специально промаркированные для массажного кабинета емкости (для обработки поверхностей, для мытья полов); 4. обработать последовательно подоконники, рабочие поверхности, оборудование (процедурные столы, ширма, рабочий стол, стул, кушетка), двери, раковину, выдержать экспозицию в соответствии с инструкцией к используемому дезинфицирующему средству, смыть моюще - дезинфицирующий раствор чистой водопроводной водой при помощи чистой ветоши, если того требует инструкция; 5. вымыть пол от периферии к центру и к выходу методом двух ведер (использовать ведро для мытья полов и ветошь для пола); 6. включить бактерицидную лампу, выдержать экспозицию; 7. выключить бактерицидную лампу; 8. проветрить помещение до исчезновения запаха озона;;

3) 9. навести раствор по режиму дезинфекции уборочного инвентаря и обеззаразить ветошь, уборочный инвентарь в дезинфицирующем растворе по инструкции, промыть и обязательно просушить в специальном помещении; 10. снять средства индивидуальной защиты, поместить в емкость для сбора отходов класса «Б», снять специальную одежду, в которой проводилась уборка, провести гигиеническую обработку рук.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

3. Требуется провести генеральную уборку массажного кабинета средством Самаровка.

Вопрос 1: Приготовьте дезинфицирующий раствор и проведите генеральную уборку процедурного кабинета, проведите дезинфекцию уборочного инвентаря (с моделируйте ситуацию).;

1) Генеральная уборка массажного кабинета. Цель: обеспечение инфекционной безопасности. Общие положения: Генеральная уборка проводится не реже 1 раза в неделю медицинским персоналом: Оснащение: уборочный инвентарь (промаркированные швабра, ветошь, ведра); емкости для дезинфицирующего раствора для обработки поверхностей; спецодежда и средства индивидуальной защиты (по два комплекта). Вымыть руки, надеть спецодежду и средства индивидуальной защиты. Отключить электроприборы. Мебель максимально отодвинуть к середине. Приготовить моюще- дезинфицирующий раствор по режиму проведения генеральной уборки. 1.Средство “Самаровка” представляет собой жидкость светло-синего цвета, хорошо смешивающуюся с водой, относится к 4 классу мало опасных веществ. Срок годности рабочих растворов - 14 дней. Широкий спектр действия. Обладает моющим эффектом. Средства защиты: перчатки, маска, очки при обработке из гидропульты.;

2) Режим дезинфекции объектов при вирусных инфекциях (включая вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекцию, инструкция, табл. 4. Поверхности в помещениях, жесткая мебель. Режим дезинфекции: 3 % - 30 минут - Протираание или орошение. Уборочный материал: 3% - 60 минут, погружение. Для проведения генеральной уборки процедурного кабинета требуется приготовить раствор для обработки поверхностей способом орошения. Объем раствора зависит от площади обрабатываемого помещения (из гидропульта или автомакса из расчета 300 млм² поверхности; из распылителя типа «Квазар» - 150 млм²). 10 литров для дезинфекции уборочного инвентаря (300 мл раствора + 9700 мл воды).;

3) Вынести отходы и мусор. Провести, при помощи пульверизатора, дезинфекцию поверхностей помещения из расчета на 1 кв.м. по инструкции): потолок, стены, окна, подоконники, мебель, двери, раковину, пол. Снять СИЗ, поместить в емкость для сбора отходов класса «Б», грязную защитную одежду поместить в емкость для сбора грязного белья, обработать руки. Выдержать экспозицию. Сменить комплект спецодежды и СИЗ. Сменить емкости и ветошь для обработки поверхностей. Промыть поверхности моюще-дезинфицирующим раствором чистой ветошью и чистой водой, меняя воду по мере необходимости. Последовательность: потолок, стены, окна, подоконники, мебель, двери, раковину, пол. Включить бактерицидную лампу на 2 часа (провести обеззараживание воздуха по инструкции к используемому оборудованию), проветрить помещение.;

4) Провести дезинфекцию уборочного инвентаря. Снять СИЗ, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Защитную одежду поместить в емкость для сбора грязного белья, обработать руки. Сделать запись о проведенной уборке в «Журнале регистрации проведения генеральных уборок».;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-10, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

4. Требуется провести текущую уборку палаты хирургического отделения средством Самаровка.

Вопрос 1: Приготовьте дезинфицирующий раствор и проведите влажную уборку палаты хирургического отделения, проведите дезинфекцию уборочного инвентаря (смоделируйте ситуацию).;

1) Средство “Самаровка” представляет собой жидкость светло-синего цвета, хорошо смешивающуюся с водой, относится к 4 классу мало опасных веществ. Срок годности рабочих растворов - 14 дней. Широкий спектр действия. Обладает моющим эффектом. Средства защиты: перчатки, маска, очки при обработке из гидропульта. Режим дезинфекции объектов при вирусных инфекциях (включая вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекцию, инструкция, табл. 4. Поверхности в помещениях, жесткая мебель. Режим дезинфекции: 3 % - 30 минут - Протираание или орошение. Уборочный материал: 3% - 60 минут, погружение. Для проведения влажной уборки палаты необходимо приготовить 5 литров для обработки прикроватных тумбочек (150 мл раствора + 4850 мл воды). 5 литров для обработки других поверхностей (150 мл раствора + 4850 мл воды). 10 литров для мытья полов (300 мл раствора + 9700 мл воды). 10 литров для дезинфекции уборочного инвентаря (300 мл раствора + 9700 мл воды).;

2) Цель: обеспечение инфекционной безопасности. Оснащение: уборочный инвентарь (швабра, ветошь, ведро); емкости для уборки: для прикроватных тумбочек, для других поверхностей в палате, для мытья полов; спецодежда и средства индивидуальной защиты (сменная обувь, халат, шапочка; фартук, маска, перчатки).

Примечание: уборка проводится не менее 2-х раз в сутки. Для уборки используют дезинфицирующий раствор по режиму текущей дезинфекции при проведении уборок. Для уборки используют промаркированный инвентарь.;

3) Последовательность выполнения: Предупредить пациентов о предстоящей уборке. Попросить оставаться на кровати, во время и после уборки, пока не высохнет пол. Надеть спецодежду и средства индивидуальной защиты. Подготовить инвентарь, инвентарь должен быть промаркирован «для уборки палат». Подготовить моюще-дезинфицирующий раствор по инструкции к дезинфицирующему средству. Вынести мусор, при его наличии. Обработать: прикроватные тумбочки изнутри и снаружи (из отдельной, промаркированной ёмкости «для тумбочек»), затем из емкости для обработки поверхностей, обработать: подоконники, плафоны, кровати, стулья, радиаторы и трубы, дверные ручки, раковину, после экспозиции промыть поверхности чистой водой. Вымыть пол в палате от окон и стен к середине палаты, и по направлению к двери, после экспозиции промыть поверхности чистой водой (если предусмотрено инструкцией). Поставить предупреждающие знаки. Проветрить палату по окончании уборки.;

4) Осуществить дезинфекцию уборочного инвентаря (используют дезинфицирующий раствор по режиму дезинфекции уборочного инвентаря). Инвентарь просушить и хранить в помещении для хранения инвентаря. Убрать предупреждающие знаки. Снять СИЗ, собрать в емкость для сбора отходов класса Б, провести гигиеническую обработку рук.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

5. Требуется провести генеральную уборку в палате туберкулезного диспансера средством Самаровка.

Вопрос 1: Приготовьте дезинфицирующий раствор и проведите генеральную уборку палаты в туберкулезном диспансере, проведите дезинфекцию уборочного инвентаря (смоделируйте ситуацию).;

1) Средство “Самаровка” представляет собой жидкость светло-синего цвета, хорошо смешивающуюся с водой, относится к 4 классу мало опасных веществ. Срок годности рабочих растворов - 14 дней. Широкий спектр действия. Обладает моющим эффектом. Средства защиты: перчатки, маска, очки при обработке из гидропульта. Режим дезинфекции объектов при туберкулезе, инструкция, табл. 3. Поверхности в помещениях, жесткая мебель. Режим дезинфекции: 3 % - 90 минут - Протираание или орошение. Уборочный материал: 2% - 60 минут, погружение. Для проведения генеральной уборки палаты требуется приготовить раствор для обработки поверхностей способом орошения. Объем раствора зависит от площади обрабатываемого помещения (из

гидропульта или автомакса из расчета 300 мл² поверхности; из распылителя типа «Квазар» - 150 мл²). 10 литров для дезинфекции уборочного инвентаря (200 мл раствора + 9800 мл воды).;

2) Алгоритм проведения генеральной уборки палаты терапевтического профиля Цель: обеспечение инфекционной безопасности. Оснащение: уборочный инвентарь (швабра, ветошь, ведра, пульверизатор); емкости для дезинфицирующего раствора; спецодежда и средства индивидуальной защиты (халат, фартук, шапочка; маска, перчатки - два комплекта). Примечание: уборку проводят промаркированным инвентарём (отдельным для стен, окон, мебели и т.д.), проводится 1 раз в месяц (терапевтическое отделение) Для уборки используют дезинфицирующий раствор по режиму проведения генеральной уборки. По окончании уборки застелить кровати.;

3) Последовательность выполнения: Информировать пациентов о предстоящей уборке. Разместить пациентов в свободных палатах (личные вещи из тумбочек пациенты берут с собой). Надеть спецодежду и средства индивидуальной защиты. Подготовить инвентарь, инвентарь должен быть промаркирован. Подготовить дезинфицирующий раствор по инструкции к дезинфицирующему средству. Осмотреть палату. Собрать грязное белье в емкость для сбора грязного белья и увезти в санитарную комнату. Собрать мягкий инвентарь и отправить в дезинфекционную камеру. Заглушить розетки. Сдвинуть мебель в центр палаты. Обработать из пульверизатора поверхности, соблюдая рекомендации по инструкции: потолок, плафоны, окна, стены, дверь, мебель, пол (от периферии к центру и к выходу). Выдержать экспозицию по инструкции к дезинфицирующему средству. Сменить комплект спецодежды и средств индивидуальной защиты, поместить в емкость для сбора грязного белья и емкость для сбора отходов класса «Б» соответственно, обработать руки. Отмыть загрязнения моюще-дезинфицирующим раствором и смыть дезинфицирующий раствор чистой ветошью и проточной водой, соблюдая ту же последовательность при обработке: потолок, плафоны, окна, стены, дверь, мебель, пол (от периферии к центру, расставить мебель на места и вымыть пол к выходу). Включить УФО на время по инструкции, в соответствии с площадью обрабатываемого помещения. Проветрить палату 15 минут.;

4) Осуществить дезинфекцию уборочного инвентаря. Снять спецодежду, поместить в емкость для сбора грязного белья, средства индивидуальной защиты собрать в емкость для сбора отходов класса Б, провести гигиеническую обработку рук. Сделать запись в журнал учета проведения генеральных уборок. Вернуть мягкий инвентарь (одеяла, подушки) после дезинфекции, застелить кровати чистыми комплектами помочь пациентам разместиться в палате.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-10, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

6. Требуется провести дезинфекцию уборочного инвентаря.

Вопрос 1: Приготовьте дезинфицирующий раствор и проведите дезинфекцию уборочного инвентаря (смоделируйте ситуацию).;

1) Средство «Самаровка» представляет собой жидкость светло-синего цвета, хорошо смешивающуюся с водой, относится к 4 классу мало опасных веществ. Срок годности рабочих растворов - 14 дней. Широкий спектр действия. Обладает моющим эффектом. Средства защиты: перчатки, маска, очки при обработке из гидропульты. Режим дезинфекции объектов при грибковых инфекциях, табл. 5. Приготовление рабочего раствора из расчета: 20 мл средства + 980 мл воды. 10 литров для дезинфекции уборочного инвентаря (200 мл раствора + 9800 мл воды).;

2) Алгоритм проведения дезинфекции уборочного инвентаря Цель: обеспечение инфекционной безопасности. Общие положения: дезинфекция подвергается уборочный инвентарь после использования. Оснащение: емкость для дезинфицирующего раствора; чистая ветошь; спецодежда и средства индивидуальной защиты. Вымыть руки, надеть спецодежду, СИЗ. Подготовить дезинфицирующий раствор по режиму обработки уборочного инвентаря. Замочить ветошь в ведре в дезинфицирующем растворе. Швабру протереть ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе, в соответствии с инструкцией. Выдержать экспозицию. Прополоскать ветошь в проточной воде, швабру протереть ветошью, смоченной в проточной воде. Ведро промыть и прополоскать под проточной водой. Ветошь просушить и убрать на стеллаж для хранения. Ведро и швабру убрать в отведенное для хранения место. Снять СИЗ, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». спецодежду и поместить в емкость для сбора грязного белья. Вымыть и осушить руки.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

7. Требуется провести дезинфекция сантехнического оборудования средством Самаровка.

Вопрос 1: Приготовьте дезинфицирующий раствор и проведите дезинфекцию раковины, ванны, проведите дезинфекцию уборочного инвентаря (смоделируйте ситуацию).;

1) Средство «Самаровка» представляет собой жидкость светло-синего цвета, хорошо смешивающуюся с водой, относится к 4 классу мало опасных веществ. Срок годности рабочих растворов - 14 дней. Широкий спектр действия. Обладает моющим эффектом. Средства защиты: перчатки, маска, очки при обработке из гидропульты. Режим дезинфекции объектов при грибковых инфекциях, табл. 5. Санитарно-техническое оборудование: 2% - 60 минут - протирание или двукратное орошение. Уборочный материал: 2% - 120 минут - замачивание. Для проведения дезинфекции санитарно-технического оборудования требуется приготовить раствор для обработки поверхностей способом орошения. Объем раствора зависит от площади обрабатываемых объектов (из гидропульты или автомакса из расчета 300 мл² поверхности; из распылителя типа «Квазар» - 150 мл²). Приготовление рабочего раствора из расчета: 20 мл средства + 980 мл воды. 10 литров для дезинфекции уборочного инвентаря (200 мл раствора + 9800 мл воды).;

2) Алгоритм обработки сантехнического оборудования (ванна, раковина, душевая панель) Цель: обеспечение инфекционной безопасности. Общие положения: ванна и душевая кабина подвергаются дезинфекции после каждого использования. Оснащение: емкость для дезинфицирующего раствора; чистая ветошь; спецодежда и средства индивидуальной защиты. Вымыть руки, надеть спецодежду, СИЗ. Подготовить моющее-дезинфицирующий раствор по режиму обработки сантехнического оборудования. Обработать поверхности душевой панели, кранов, ванны, раковины, способом орошения или протирания, сначала изнутри, затем снаружи в соответствии с инструкцией. Выдержать экспозицию. Вычистить поверхности ветошью или щеткой этим же раствором: поверхности душевой панели, кранов, ванны, раковины сначала изнутри, затем снаружи, тщательно смыть раствор проточной водой из душа, наружные поверхности промыть ветошью, смоченной проточной водой. Провести дезинфекцию уборочного инвентаря. Ветошь просушить и убрать на стеллаж для хранения. Емкости для дезинфицирующих растворов убрать в отведенное для хранения место. Снять СИЗ, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Спецодежду и поместить в емкость для сбора грязного белья. Вымыть и осушить руки.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

8. Требуется провести дезинфекцию медицинских банок средством Перекись водорода.

Вопрос 1: Осуществите дезинфекцию медицинских банок раствором перекиси водорода.;

1) Средство «Водорода перекись медицинская» представляет собой прозрачную бесцветную жидкость с содержанием перекиси водорода (ПВ) 30-40% в качестве действующего вещества. Срок годности рабочих растворов - 1 сутки. Средство выпускается в стеклянных бутылках вместимостью 20 л и полиэтиленовых бочках от 20 до 60 л. Средство «Водорода перекись медицинская» обладает бактерицидной, туберкулоцидной, вирулицидной, фунгицидной и спороцидной активностью. Антимикробные свойства средства сохраняются в присутствии моющих средств, добавляемых с целью придания рабочим растворам «Водорода перекиси медицинской» моющих свойств. Средство оказывает коррозирующее действие на металлы. Средство «Водорода перекись медицинская» при непосредственном контакте вызывает выраженное раздражение кожи и глаз с необратимым повреждением роговицы, при ингаляционном воздействии паров в насыщающей концентрации стабилизированное средство мало опасно, по параметру острой токсичности относится к 3 классу умеренно опасных веществ при введении в желудок по ГОСТ 12.1.007-76. Растворы в концентрации до 3% (по ПВ) не оказывают местно-раздражающего действия на кожу, выше 3% (по ПВ) вызывают раздражение кожи и глаз. При ингаляционном воздействии в виде аэрозоля и паров средство вызывает раздражение слизистых оболочек органов дыхания и глаз (2 класс опасности по ГОСТ 12.1.007-76). СИЗ: перчатки, маска.;

2) Таблица 8 - Режимы дезинфекции изделий медицинского назначения растворами средства «Водорода перекись медицинская». Изделия медицинского назначения из коррозионно-стойких металлов, резин, пластмасс, стекла 3,0 % - 180 минут - погружение. После использования медицинские банки обработать салфеткой от остатков вазелина, салфетку сбросить в емкость с отходами. Вымыть руки, надеть спецодежду, СИЗ. Подготовить моющее-дезинфицирующий раствор - 3% перекись водорода - готовый раствор. Медицинские банки погружают в 3% раствор перекиси водорода на 180 минут. По окончании экспозиции изделия тщательно прополаскивают проточной водой, промывают мыльным раствором: в течение 1 минут при использовании раствора без добавления моющего средства и 5 минут - при использовании раствора с моющим средством; просушивают и хранят в условиях, не допускающих бой банок. Снять СИЗ, сбросить в емкость для сбора отходов класса «Б». Спецодежду и поместить в емкость для сбора грязного белья. Вымыть и осушить руки.;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

11. Примерная тематика НИРС по теме

1. Дезинфекция.

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Двойников, С. И. [Сестринское дело при инфекционных заболеваниях](#) : учебное пособие / С. И. Двойников, Л. С. Жилина. - 6-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2022. - 300 с. - Текст : электронный.

[Инфекционные болезни](#) : учебник / ред. Н. Д. Ющук, Ю. Я. Венгеров. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 704 с. - Текст : электронный.

- дополнительная:

Рабинович, И. В. [Сестринское дело при инфекционных заболеваниях](#) : учебное пособие для СПО / И. В. Рабинович. - 4-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2022. - 356 с. - Текст : электронный.

Журавлев, В. И. [Сестринский уход при инфекционных заболеваниях](#) : учебное пособие / В. И. Журавлев. - 4-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2021. - 492 с. - Текст : электронный.

[Инфекционные болезни. Руководство к практическим занятиям](#) : учебно-методическое пособие / ред. Н. Д. Ющук, Е. В. Волчкова, Ю. В. Мартынов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 720 с. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». (http://www.consultant.ru/document/cons_doc_law_121895/)

Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» Редакция от 02.07.2021 , действует с 31.10.2021 (<https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=405056>)

Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней». Редакция от 02.07.2021 — действует с 01.10.2021 (<https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=392772>)

Национальная концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, утверждена руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, главным государственным санитарным врачом Российской Федерации (<https://docs.cntd.ru/document/499002572>)

Санитарные правила и нормы СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», главный государственный санитарный врач Российской Федерации постановление от 28 января 2021 года № 4. (<https://docs.cntd.ru/document/573660140>)

Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.3597-20 «Профилактика новой коронавирусной инфекции (Covid-19)», главный государственный санитарный врач Российской Федерации постановление от 22 мая 2020 года № 15. (<https://seanews.ru/wp-content/uploads/2021/09/sanpiny-kovid-19-novaja-redakcija.pdf>)

Санитарные правила СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или (<https://docs.cntd.ru/document/573275590>)

Санитарные правила СП 2.2.3670-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям труда», постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 02.12.2020 г. №40. (<https://docs.cntd.ru/document/573230583>)

СанПиН 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, (<http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202102050027>)

СанПиН 1.2.3685-21 «Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания», постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 г. № 2. (<https://docs.cntd.ru/document/573500115>)

Приказ Минздравсоцразвития России от 26.01.2009 № 19н «О рекомендуемом образце добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок детям или отказа от них», зарегистрирован в Минюсте России 28.04.2009 № 13846 (<https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=135187>)

Приказ Минздрава РФ от 28.01.2021 № 29Н. «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, Перечня медицинск (<http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202101290043>)

Приказ Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации от 18 декабря 2020 г. N 928н «Об утверждении правил по охране труда в медицинских организациях». ()

Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 04.02.2016 № 11 «О представлении внеочередных донесений о чрезвычайных ситуациях санитарно-эпидемиологического характера» (зарегистрировано Минюстом России 24.03.2016, регис (<https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=273178>)

Методические рекомендации МР 2.2.9.2242-07 «Гигиенические и эпидемиологические требования к условиям труда медицинских работников, выполняющих работы, связанные с риском возникновения инфекционных заболеваний». ()

МУ 3.5.1.3674-20. Обеззараживание рук медицинских работников и кожных покровов пациентов при оказании медицинской помощи. (http://60.rospotrebnadzor.ru/sites/default/files/mu-3.5.1.3674_20-obezzarazhivanie-ruk-medrabotnikov)

Методические рекомендации МР 3.5.1.0113-16 «Использование перчаток для профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в медицинских организациях» (утв. Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия челове (<https://docs.cntd.ru/document/456020904>)

МР 3.1.0229-21. «Рекомендации по организации противоэпидемических мероприятий в медицинских организациях, осуществляющих оказание медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) (подозрением на заболевание) в стационарных условиях (<https://legalacts.ru/doc/mr-310229-21-31-profilaktika-infektsionnykh-boleznei-rekomendatsii-po-organ>)

Федеральный Закон от 30 марта 1995 года № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» (с изменениями на 8 декабря 2020 года); (<https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=283015>)

Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11.12.2020 № 885н «Об утверждении Перечня отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, работники которых проходят обязательное медицинское освидетельствование (<https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=379562>)

1. Тема № 5. Безопасность медицинской сестры по массажу/медицинского брата по массажу на рабочем месте. (в интерактивной форме) (Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2)

2. Разновидность занятия: комбинированное

3. Методы обучения: метод проблемного изложения

4. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): В настоящее время в России насчитывается более чем 574 тысячи врачей. Число сотрудников среднего медицинского и фармацевтического персонала — более 1 миллиона 279 тысяч, младшего медперсонала — более 285 тысяч. Медицинские сестры/медицинские братья, как известно, бойцы переднего фронта и входят в непосредственный контакт с неблагоприятными физическими факторами, такими как биологические жидкости, дезинфицирующие средства и т.п. Но угрозу здоровью и безопасности в медицинских организациях несут не только физические факторы. Часто люди в больницах находятся под влиянием стресса, во власти негативных эмоций, вызванных как собственным болезненным состоянием, так и агрессивной окружающей обстановкой, в которую они попали. Даже спокойные от природы люди могут потерять контроль над собой, не говоря уже о психологически неуравновешенных личностях. Такие люди могут нести прямую угрозу безопасности окружающим, в том числе медперсоналу медицинских организаций. Ассоциация Чрезвычайных Ситуаций в Сестринском Деле (Emergency Nurses Association) в США, занимающаяся вопросами безопасности медицинских сестер на рабочем месте сообщает, что, по результатам исследований, наиболее часто случаи насилия происходят в службе неотложной помощи, психиатрическом отделении и отделении интенсивной терапии. А наиболее благоприятными в плане безопасности медперсонала являются отделения акушерства и гинекологии, а также хирургическое и педиатрическое отделения. Согласно исследованию, опубликованному в Journal of Clinical Nursing, три четверти опрошенных медсестер регулярно страдают от насилия на рабочем месте. Девяносто процентов страдают от словесных оскорблений, а более половины опрошенных подвергались нападениям в ходе лечения пациентов. Мы работаем в обществе, которое становится все более жестоким и агрессивным в силу многих причин, и это составляет грустную действительность нашей жизни.

5. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** вредное воздействие на организм медработника хлор- и фенолсодержащих дезинфектантов, сенсibilизаторов (лекарственных средств), фотосенсibilизаторов. способы защиты от воздействия токсичных веществ. правила техники безопасности при работе с ртутьсодержащим оборудованием, способы защиты. неблагоприятное воздействие на организм медработника: фармацевтических препаратов, отходов анестезирующих газов, микробиологических факторов, воздействие облучения, способы защиты., медицинская эргономика. рациональная и безопасная организация рабочего места. биомеханика. правила биомеханики., стресс. профилактика стрессовых ситуаций., понятия «лечебно-охранительный режим», элементы лечебно-охранительного режима и их характеристика., безопасность медицинской сестры по массажу/медицинского брата по массажу на рабочем месте., **уметь** безопасность медицинской сестры по массажу/медицинского брата по массажу на рабочем месте., **владеть**

6. Место проведения и оснащение занятия:

- **место проведения занятия:** кабинет сестринского дела

- **оснащение занятия:** комплект учебной мебели, посадочных мест, компьютер с возможностью подключения к сети «интернет» и доступом к электронной информационно-образовательной среде

7. Аннотация (краткое содержание темы)

Факторы, негативно влияющие на здоровье медицинской сестры

- токсичные вещества;
- облучение;
- инфекции;
- стресс и нервное истощение;
- физические нагрузки.

Воздействие токсичных веществ.

Токсичные вещества могут содержаться в лекарственных препаратах, дезинфицирующих и моющих средствах, перчатках и т. д.

Пути попадания токсических веществ в организм, вещества, вызывающие дерматиты.

- Прямой контакт – работа без перчаток (мази, кремы, растворы и д.т.), попадание на кожу и слизистые, в том числе глаза.
- Вдыхание при размельчении таблеток, их подсчете, вдыхание аэрозолей и т.д..
- Пищеварительный тракт (случайное попадание в рот через руки; самолечение).

Вещества, вызывающие дерматиты:

- Первичные раздражители кожи (хлор и фенол содержащие дезинфектанты (хлорамин Б, ДП-2, Пресепт, Клорсепт и др..

- Сенсibilизаторы, не только местные реакции (отек губ, лица, тошнота, рвота), к ним относятся антибиотики.
- Фотосенсibilизаторы входят в состав многих растений, лекарств, косметики и других препаратов. Применение средств, содержащих фотосенсibilизаторы, в сочетании с интенсивным солнечным облучением влечет за собой вредные токсические реакции — фотодерматит или фотоаллергию. Фотоаллергия возникает примерно через полчаса после начала УФ-облучения, как зудящая сыпь, быстро распространяющаяся на закрытые от солнца участки тела. Фотодерматит появляется только в месте воздействия УФ-лучей и напоминает солнечный ожог. Фотосенсibilизирующие вещества провоцируют обострение некоторых хронических заболеваний, таких как экзема, герпес, а иногда вызывают рак кожи — это некоторые антибиотики (особенно тетрациклины), сульфаниламиды, противовоспалительные, препараты для щитовидной железы и другие. Фотосенсibilизирующий эффект оказывают также некоторые витамины, например В2 и В6, а также пищевые добавки на основе зверобоя.
- Антигистаминные препараты (прометазин), хлорпромазин, аминофилин также могут вызывать кожные реакции.
- Некоторые антибиотики (актиномицин-Д, миктомицин-С, стрептомицин) обладают тератогенным воздействием.
- Отрицательное воздействие на здоровье сестринского персонала оказывают цитотоксические лекарственные средства, когда не соблюдаются необходимые условия для обеспечения безопасности.

Заболевания и симптомы, связанные с чрезмерным воздействием некоторых токсичных химических и фармацевтических препаратов:

- профессиональный дерматит;
- бронхо-легочные заболевания;
- обострение экземы;
- нарушение репродуктивной функции;
- болезни почек, новообразования;
- головные боли, раздражительность;
- тошнота и рвота;
- першение в горле, сухость в носу;
- усталость;
- бессонница.

Рекомендации по устранению вредного воздействия лекарственных препаратов на сестринский персонал.

- Тщательно мойте и вытирайте руки после работы с лекарствами.
- Наложите водонепроницаемую повязку на порезы и ссадины.
- Никогда не применяйте препараты местного действия голыми руками.
- Надевайте перчатки или пользуйтесь пинцетом.
- Не прикасайтесь к таблеткам голыми руками.
- Носите полный комплект защитной одежды при работе с цитотоксичными и другими препаратами, когда это указано: защитные очки, перчатки (ПХВ), халат с длинными рукавами.
- Не разбрызгивайте растворы в воздух.
- Выпускайте избыточный воздух из шприца через колпачок.
- Немедленно смойте весь разбрызганный и рассыпанный материал холодной водой.

Примечание: маски не обеспечивают защиты от токсичных аэрозолей, паров, токсичной пыли.

Действие анестезирующих газов.

Анестезирующие газы, даже в небольших дозах оказывают вредное воздействие на репродуктивные функции медицинского персонала. Рак, заболевания печени, нервной системы возможны под влиянием анестезирующих газов Сестринскому персоналу, осуществляющему уход за пациентом, как в раннем, так и в позднем послеоперационном периодах, следует помнить:

Пациент выдыхает анестезирующие газы в течение 10 дней после операции.

Важно! Беременные медицинские сестры не должны участвовать в уходе за послеоперационными пациентами.

Влияние анестезирующих газов на репродуктивную систему женщин и мужчин.

- Увеличивает число самопроизвольных выкидышей приводит к неполноценности сперматозоидов снижает массу тела плода уменьшает количество и подвижность сперматозоидов ведет к врожденным уродствам способствует врожденной патологии младенца снижает способность забеременеть

Эфирный наркоз - от него последнее время отказываются, т. к. он очень вредный для пациента и для медицинских работников. Эфир - канцерогенное вещество. Эфирный наркоз приводит к раннему поражению костного мозга, канцерогенному воздействию.

Закись азота, галотан, этан, циклопропан - рано поражает костный мозг.

Симптомы, связанные с вредным влиянием анестезирующих газов на персонал:

- головная боль,
- утомляемость,
- раздражительность,
- бессонница.

Влияние облучения.

Источники излучения.

- Аппараты (рентгеновские, сканеры, ускорители, электронные микроскопы);
- Радиоактивные изотопы (контейнеры, отходы изотопов, загрязненное оборудование и поверхности);
- Радиоактивные выделения пациентов (моча, фекалии, рвотные массы).

Воздействие на здоровье медицинской сестры:

- повреждение плода;
- генетические изменения во многих поколениях;
- канцерогенное воздействие (лейкоз, рак грудной железы, саркома).

Важно! Безопасного уровня облучения не существует!

Расстояние, укрытие и скорость позволяют снизить воздействие излучения.

- Расстояние. Чем дальше от источника, тем меньше доза облучения. Об этом нужно помнить, если в палате использую передвижной рентгеновский аппарат, а также при уходе за пациентами, получающими лучевую терапию.
- Укрытие. Свинцовый фартук, передвижной экран.
- Скорость. Любые манипуляции нужно делать максимально быстро, насколько позволяет умение.

Действие инфекций.

Сестринский персонал особенно подвержен инфекции, поскольку он непосредственно контактирует с инфицированными пациентами, их выделениями, секретами, ранами, повязками, постельным бельем и т. д. В лечебных отделениях находятся штаммы стойких к антибиотикам и дезинфицирующим средствам бактерий, так называемые «госпитальные штаммы», затрудняющие борьбу с инфекцией. Особо надо отметить микробиологические факторы, опасные для беременных сестер и плода, а также для персонала мужского пола.

Предотвращение профессионального инфицирования достигается неукоснительным соблюдением противоэпидемического режима и дезинфекционных мероприятий в медицинских организациях. Это позволяет сохранить здоровье медицинского персонала, особенно работающего в приемных и инфекционных отделениях, операционных, перевязочных, манипуляционных и лабораториях, т.е. имеющего более высокий риск заражения в результате непосредственного контакта с потенциально инфицированным биологическим материалом (кровь, плазма, моча, гной и т.д.). Работа в этих функциональных помещениях и отделениях требует индивидуальной противоиной защиты и соблюдения правил техники безопасности персоналом, обязательной дезинфекции перчаток, отработанного материала, использования одноразового инструментария и белья перед их утилизацией, регулярности и тщательности проведения текущих и генеральных уборок.

В медорганизациях, независимо от профиля должны выполняться три важнейших требования:

- 1) сведение к минимуму возможности заноса инфекции;
- 2) исключение внутригоспитальных заражений;
- 3) исключение выноса инфекции за пределы лечебного учреждения.

Следует помнить следующие основные моменты, способствующие поддержанию санитарно-гигиенического и противоэпидемиологического режима:

- сопротивляться воздействию инфекции могут только чистая здоровая кожа и слизистые оболочки;
- около 99% возбудителей инфекционных заболеваний можно удалить с поверхности кожи с помощью мытья рук обычным мылом;
- следует ежедневно принимать после окончания работы с больным гигиенический душ;
- даже незначительные повреждения на коже рук (царапины, ссадины, заусенцы) надо обрабатывать бриллиантовым зеленым и заклеивать водонепроницаемым пластырем;
- оказывая помощь пациенту, медицинская сестра должна использовать индивидуальные средства защиты согласно действующим правилам;
- убирать помещение, где находится больной, следует в резиновых перчатках;
- ручки умывальных кранов, дверей, выключатели и трубки телефона как наиболее часто используемые предметы необходимо ежедневно мыть и протирать дезинфицирующими растворами;
- прежде чем закрыть умывальный кран после мытья рук. Его необходимо вымыть так же, как и руки;
- если у пациента имеется инфекционное заболевание, передающееся воздушным путем, необходимо работать в маске; в одной маске нельзя работать более 4 ч, если соблюдать молчание, и более 1 ч, если приходится говорить в маске;
- при опрании постели больного не следует взбивать подушки и встряхивать простыни — это способствует поднятию и перемещению пыли, а вместе с ней микробов и вирусов; пищу принимают в специально отведенном помещении и обязательно снимают при этом рабочую спецодежду (халат);
- при уходе за больным с инфекционным заболеванием, например туберкулезом, полиомиелитом, дифтерией, необходимо делать профилактические прививки.

Медицинские организации, не имеющие приточно-вытяжной вентиляции, где на больших площадях находится большое количество ослабленных и/или инфицированных людей - идеальная почва для размножения микробов. Микроорганизмы проникают в кремы, мази, во вскрытые флаконы с лекарственными растворами. Они прекрасно размножаются в застоявшейся водопроводной воде, цветочных вазах, раковинах, дыхательной аппаратуре. На использованном белье пациента много стафилококков с кожи, и транспортировка такого белья в неупакованном виде по палатам, коридорам распространяет опасные микроорганизмы.

В зданиях лечебных учреждений живут насекомые (тараканы, муравьи, мухи), мыши, крысы, кошки, а на крышах и подоконниках голуби. Вся эта «живность» является разносчиком либо патогенных микроорганизмов, либо выделяют их со своими испражнениями.

Резервуары, содержащие вредные микробиологические факторы, в окружении сестринского персонала в медорганизации:

- дезинфицирующие средства низкой концентрации;
- лекарственные средства;
- воздух;
- судна, моче - и калоприемники;
- постельное бельё;
- секреты;
- повязки;
- раны;
- выделения.

Микробиологические факторы опасные для сестринского персонала медицинского брата беременной медсестры.

- Ребенок, больной эпидемическим паротитом - эпидемический паротит, осложненный орхитом - бесплодие.
- Токсоплазма, а также вирусы: краснухи, ветряной оспы, простой герпес, цитомегаловирус - плацента - плод - внутриутробная инфекция - внутриутробная гибель плода, дефекты развития плода, выкидыш, преждевременные роды и другая патология беременности.

Меры профилактики ВИЧ-инфекции в медицинских организациях ВИЧ-инфекция является инфекционным заболеванием с достаточно ограниченным числом возможных путей передачи, из знания которых и надо исходить при работе с больными. В 1988г. в Элисте были инфицированы в больнице 74 пациента. Медики пользовались многоразовыми шприцами нарушая правила асептики и антисептики.

Возможные пути инфицирования пациентов:

- через заражённые инструменты (иглы, шприцы, скальпели и другие инструменты для инвазивных процедур), повторно используемые без дезинфекции и стерилизации или некачественной деконтаминации;
- в результате переливания инфицированной крови;
- в результате пересадки кожи, донорства спермы и трансплантации органов от инфицированного человека;

- от ВИЧ-инфицированной матери её ребёнку во время беременности, родов, или вскоре после родов.

Медицинский работник может заразиться:

- при транспортировке биологической жидкости,
- при переливании крови,
- при трансплантации органов,
- при травмировании инфицированными инструментами,
- при контакте биологической жидкости с кожей и слизистыми оболочками.

Наиболее реальная опасность заражения возникает при разрывах и проколах перчаток, что может привести к попаданию зараженного материала на кожу, имеющую микротравмы, и особенно при уколах и порезах. Для снижения вероятности заражения в таких случаях рекомендуется:

- считать каждого пациента потенциально заражённого ВИЧ - инфекцией и гепатитом;
- оценивать обстановку и возможность заражения;
- выполнять манипуляции, используя средства индивидуальной защиты;
- менять перчатки при малейшем нарушении их целостности;
- менять перчатки от пациента к пациенту;
- соблюдать технологию выполнения манипуляций;
- в процедурном кабинете иметь укомплектованную аптечку - «Анти - СПИД».

Стресс и нервное истощение.

Медицинской сестре\ медицинскому брату при уходе за пациентами часто приходится испытывать негативные чувства, вызываемые и грубым отношением к ней невоспитанных пациентов, обиды, сожаления по поводу смерти или ухудшения состояния пациента и много других. Постоянно видеть боль, страдания не может не отразиться на психическом состоянии медицинского работника.

Стресс - это неспецифическая реакция организма на любое предъявленное к нему требование (стрессор). (Г. Селье, 1971г). Совершенно неверно представлять, что стресс - это просто нервное напряжение. Он отрицателен и положителен, одновременно конструктивен и разрушителен. С одной стороны помогает людям достигать максимального успеха, в то же время постоянно изнашивает организм человека.

Стрессор - требование к организму - может быть приятен или неприятен. Его стрессорный эффект зависит от интенсивности требований к приспособительной способности организма (адаптации). Любая нормальная деятельность может вызвать значительный стресс, не причинив вреда. Вредоносный или неприятный стресс называют «дистресс». Способность организма поддерживать состояние относительного баланса или сохранять равновесие внутренней среды (гомеостаза) лежит в основе физиологического способа адаптации. Поэтому, средний медперсонал с плохой адаптационной способностью, не выдерживают постоянные стрессы и уходят, порой из медицины вообще.

Группы стрессоров для сестринского персонала:

- социальные стрессоры - домашние обязанности, уход за ребёнком, больными родственниками, секс, отношения между супругами, родителями и т. д.;
- профессиональные стрессоры - контакт с болью, смертью, инвалидами; недостаточное внимание к индивидуальному развитию; роль на службе (не отвечающая потребности), неадекватная подготовка; недостаточная профессиональная самостоятельность, быстрые изменения в обществе и в профессии;
- стрессоры, связанные с конкретной деятельностью - работа по сменам, конфликт «между домом и работой», зарплата, условия работы.

Человек должен уметь определять стрессоры, влияющие на функционирование организма или изменяющие окружающую обстановку. Сведения о предстоящих событиях могут уменьшить напряжение, вызываемое неизвестностью.

Факторы риска возникновения стрессов у сестринского персонала.

- Высокий уровень моральной ответственности за жизнь и здоровье человека.
- Выполнение множества обязанностей, связанных с уходом за тяжелобольными и умирающими пациентами.
- Частые ситуации, связанные с проблемами в общении: требовательные, порой не воспитанные пациенты, обеспокоенные родственники, нервничающие коллеги.
- Профессиональный риск инфицирования.
- Посменная работа, частые, бессонные ночи, особый режим дня.

Если медицинский работник плохо адаптирован к этим факторам риска, возникает состояние, которое может привести к нервному истощению.

Нервное истощение - явление, возникающее в результате накопления последствий дистрессов. Нервное истощение характеризуется тремя признаками:

- Физическое истощение: быстрая утомляемость, общая слабость, частые головные боли, снижение аппетита, нарушение сна.
- Эмоциональное напряжение: депрессия, чувство беспомощности, неуверенности в себе, раздражительность, замкнутость.
- Психологическое перенапряжение: негативное отношение к себе и окружающим, к жизни вообще. Ослабление внимания, забывчивость, рассеянность.

Способы адаптации к стрессам:

- Продуманная, рациональная организация труда; умение сосредоточиться на главном, отвлекаясь от второстепенных проблем.
- Любовь к своей профессии, понимание её важности и собственной значимости.
- Умение сосредоточиться на том положительном, что удалось сделать за день, считая итогом дня только успехи.
- Эффективное общение с коллегами, пациентами и их близкими. Умение обратиться к коллегам за помощью в случае необходимости.
- Здоровый образ жизни. Полноценный отдых, наличие хобби.
- Строгое соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии.

В тех случаях, когда человек ведёт себя агрессивно по отношению к медперсоналу, воспользуйтесь следующими советами:

- Не следует воспринимать чьё-то агрессивное поведение как личное оскорбление: чаще всего люди «выплёскивают» свои отрицательные эмоции на тех, кого чаще видят, даже если их расстроил кто-то другой.
- Нужно глубоко подышать: сделать глубокий вдох и посчитать до 10 или 20, пока не наступит успокоение.
- Можно выйти из комнаты: если есть опасение сказать что-то неприятное.
- Можно сделать перерыв, совершив небольшую прогулку, выпив глоток воды.
- Можно рассказать о случившемся тому, кто пользуется вашим уважением.
- Следует вновь поговорить с человеком, проявившим неуважение к сестре, дать понять, что вы все равно будете выполнять свои обязанности.

Физические нагрузки.

- физическое взаимодействие с пациентом;
- воздействие высоких и низких температур;
- действие различных видов излучений;
- нарушения правил эксплуатации электрооборудования.

Физическое взаимодействие с пациентом.

В данном случае подразумеваются все мероприятия, связанные с транспортировкой и перемещением пациентов. Они являются основной причиной травм, болей в спине, развития остеохондроза у медицинских сестер.

Выделяют следующие правила поднимания и перемещения тяжестей:

- 1) одежда должна быть свободной;
- 2) обувь должна плотно облегать ногу, подошва — минимально скользить по полу. Предпочтительна обувь из кожи или плотной хлопчатобумажной ткани с широким каблуком высотой не более 4 — 5 см;
- 3) нельзя поднимать тяжести и работать, наклоняя туловище вперед. Нагрузка (давление на межпозвоночные диски) с увеличением угла наклона возрастает в 10 — 20 раз. Это значит, что при поднятии или перенесении предмета массой 10 кг при наклоне туловища вперед человек подвергается нагрузке 100 — 200 кг;
- 4) при поднимании тяжелого груза его располагают как можно ближе к груди и только на согнутых и максимально прижатых к груди руках. Чем дальше человек отстраняет предмет от себя, тем большая нагрузка ложится на позвоночник;
- 5) нагрузку на руки распределяют равномерно, спину всегда держат прямо;

- 6) если нужно поднять предмет из низкого положения, например с пола, присаживаются рядом с предметом, сохраняя прямое положение спины, берут его в руки и прижимают к туловищу, а затем встают, сохраняя прямую спину;
- 7) если нужно помочь больному, лежащему в кровати, например, передвинуть его или помочь принять сидячее положение, допустимо не склоняться над ним и не тянуться к нему к дальнему краю кровати, а встать на край кровати на одно колено и, крепко упираясь па него, помочь больному;
- 8) ноги ставят на ширине плеч, стопы — параллельно друг другу;
- 9) если поднятый груз необходимо сместить в сторону, поворачиваются не только верхней частью тела (плечами и руками, сохраняя ноги в прежнем положении), а всем корпусом;
- 10) следует всегда искать возможность облегчить нагрузку: пользоваться помощью пациента (его возможность подтянуться, оттолкнуться, опереться и т.п.) и окружающих;
- 11) необходимо использовать специальные приспособления для облегчения работы: опоры, транспортные доски, поворотные круги, подъемники для больных и т.п.

Правила биомеханики.

1. Правило первое: Устойчивое равновесие тела возможно только тогда, когда центр тяжести при любом изменении положения тела будет проецироваться на площадь опоры.
2. Правило второе: Равновесие станет более устойчивым, если увеличить площадь опоры. В положении стоя этого легко достичь разведением стоп в удобном положении: расстояние между стопами около 30 см, одна стопа немного выдвинута вперед.
3. Правило третье: Равновесие более устойчиво, когда центр тяжести смещается ближе к площади опоры. Это достигается небольшим сгибанием ног в коленях, приседанием. (Не наклоняйтесь вперед! Встаньте, как можно ближе к человеку или грузу, который Вам предстоит поднять).
4. Правило четвертое: Сохранить равновесие тела и снизить нагрузку на позвоночник поможет правильная осанка, то есть наиболее физиологичные изгибы позвоночного столба, положение плечевого пояса и состояние суставов нижних конечностей: - плечи и бедра в одной плоскости, - спина прямая, - суставы и мышцы нижних конечностей выполняют максимальную работу при движении, щадя позвоночник и мышцы спины.
5. Правило пятое: Поворот всего тела, а не только плечевого пояса, предотвратит опасность нефизиологичного смещения позвоночника, особенно в случаях, когда это движение сопровождается подъемом тяжести. Избегайте резких движений!
6. Правило шестое: Требуется меньшая мышечная работа и нагрузка на позвоночник, если подъем тяжести заменить перекатыванием, поворотом ее там, где это возможно.

Кроме выполнения перечисленных правил биомеханики, необходимо также избегать натуживаний на высоте вдоха. В этот момент у человека возможны тяжелые нарушения в сердечно-сосудистой системе: расстройство ритма работы сердца, ухудшение кровоснабжения сердечной мышцы (эффект Вальсальвы). При этом появляются "шум в ушах", головокружение, слабость, возможна даже потеря сознания.

Похожее состояние бывает у некоторых пациентов и при быстром изменении положения тела (постуральный рефлекс).

Поддержание пациента при ходьбе.

Использование: помощь человеку при ходьбе после травмы, инсульта и т. п.

1. Представиться пациенту, идентифицировать пациента. Объяснить пациенту цель перемещения, получить согласие. Объяснить пациенту принцип удерживания, убедиться, что он понимает его.
2. Оценить состояние и возможности пациента:
 - что он сможет сделать самостоятельно;
 - в чем ему нужна поддержка;
 - нужны ли ему вспомогательные средства (трость, костыли, ходунки).
3. Оценить окружающую обстановку: влажность пола, тапочки, посторонние предметы на полу, аппаратура, стоящая на пути движения пациента.
4. Встать рядом с пациентом.

5. Применить «захват большими пальцами ладоней»: держать правую руку пациента в своей правой (или левую в левой) руке. Рука пациента прямая, опирается ладонью на ладонь сестры при сомкнутых в замок больших пальцах.
6. Поддерживать другой рукой пациента под локоть или под мышкой, или обхватить пациента за талию.
7. Встать к пациенту как можно ближе, поддерживая его колени правой ногой (если сестра стоит справа), если пациент чувствует себя неуверенно.
8. Передвигаться рядом с пациентом до тех пор, пока он чувствует себя неуверенно.

Разные способы удерживания пациента.

Разные способы удерживания пациента могут быть использованы при поддержке и перемещении пациента.

Удерживание пациента за пояс, пациент при этом может нам помочь. Удерживание пациента выполняет один специалист.

Цель: предварительный этап для других перемещений.

- Перед тем, как начать перемещение необходимо представиться пациенту, идентифицировать пациента. Объяснить пациенту цель перемещения, получить согласие. Объяснить пациенту ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий.
- Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки.
- Оценить состояние пациента и окружающую обстановку (влажность пола, по-сторонние предметы на полу и др.), закрепите тормоза кровати. Затем, при возможности, отрегулировать высоту кровати. (Это позволит медработнику затратить меньше силы для выполнения манипуляции).
- Далее необходимо встать сбоку лицом к сидящему пациенту. Поставить одну ногу рядом, а другую, слегка развернув стопу, впереди ног пациента, фиксируя его колени. Подвести большие пальцы обеих рук за пояс брюк (юбки) пациента, затем захватить одежду всеми пальцами (можно дополнительно использовать широкий ремень), убедившись, что ремень надежно застегнут.
- Убедиться, что у вас есть возможность свободно перемещать массу вашего тела с одной ноги на другую, и вы стоите удобно.
- Попросить пациента поддержать себя, положив руки вам на поясницу и охватив вас за пояс.
- Сообщить пациенту, что он находится в безопасном положении и готов к дальнейшему перемещению.
- Переместить пациента.
- Убедиться в безопасном положении пациента, поблагодарить пациента за помощь в удержании и перемещении.
- По окончании работы снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.

Удерживание пациента методом «подмышечный захват».

Удерживание пациента выполняет один специалист. Пациент может помочь.

Цель: предварительный этап для других перемещений.

- Перед тем, как начать перемещение необходимо представиться пациенту, идентифицировать пациента. Объяснить пациенту цель перемещения, получить согласие. Объяснить пациенту ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий.
- Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки.
- Оценить состояние пациента и окружающую обстановку (влажность пола, по-сторонние предметы на полу и др.), закрепите тормоза кровати.
- Затем, при возможности, отрегулировать высоту кровати. (Это позволит медработнику затратить меньше силы для выполнения манипуляции).
- Далее необходимо встать сбоку лицом к сидящему пациенту.
- Поставить одну ногу рядом, а другую, слегка развернув стопу, впереди ног пациента, фиксируя его колени.
- Подвести одну, дальнюю кисть в подмышечную впадину пациента.
- Подвести другую кисть - в направлении сзади и кпереди, ладонью вверх.
- Убедиться, что у вас есть возможность свободно перемещать массу вашего тела с одной ноги на другую, и вы стоите удобно.
- Попросить пациента или помочь ему наклониться вперед от бедра так, чтобы его плечо, находящееся ближе к вам, твердо упиралась в ваше туловище.

- Сообщить пациенту, что он находится в безопасном положении и готов к дальнейшему перемещению.
- Переместить пациента.
- Убедиться в безопасном положении пациента, поблагодарить пациента за помощь в удержании и перемещении.
- По окончании работы снять перчатки, провести гигиеническую обработку рук.

Удерживание пациента методом «захват при поднятом локте».

Удерживание пациента выполняет один специалист. Пациент может помочь.

Цель: предварительный этап для других перемещений.

- Перед тем, как начать перемещение необходимо представиться пациенту, идентифицировать пациента. Объяснить пациенту цель перемещения, получить согласие. Объяснить пациенту ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий.
- Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки.
- Оценить состояние пациента и окружающую обстановку (влажность пола, по-сторонние предметы на полу и др.), закрепите тормоза кровати. Затем, при возможности, отрегулировать высоту кровати. (Это позволит медработнику затратить меньше силы для выполнения манипуляции).
- Встать сбоку от пациента, сидящего на стуле (низкой кровати), лицом к нему.
- Поставить одну ногу рядом со стулом, другую, слегка развернув стопу, впереди ног пациента, фиксируя своей ногой его колени.
- Затем попросить пациента или помочь ему наклониться вперед от бедра так, чтобы плечо, находящееся ближе к вам, твердо упиралось в ваше туловище.
- Медработнику наклониться слегка вперед через спину пациента и крепко охватить его за локти, как бы поддерживая их снизу. Расположите свое плечо так, чтобы дальше от вас плечо пациента упиралось в вашу руку.
- Сообщить пациенту, что он находится в безопасном положении и готов к дальнейшему перемещению.
- Переместить пациента.
- Убедиться в безопасном положении пациента, поблагодарить пациента за помощь в удержании и перемещении.
- По окончании работы снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.

Удерживание пациента методом «захват через руку».

Удерживание пациента выполняет один специалист. Пациент может помочь.

Цель: предварительный этап для других перемещений.

- Перед тем, как начать перемещение необходимо представиться пациенту, идентифицировать пациента. Объяснить пациенту цель перемещения, получить согласие.
- Объяснить пациенту ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий.
- Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки.
- Оценить состояние пациента и окружающую обстановку (влажность пола, посторонние предметы на полу и др.), закрепите тормоза кровати. Затем, при возможности, отрегулировать высоту кровати. (Это позволит медработнику затратить меньше силы для выполнения манипуляции).
- Попросить пациента прижать свои руки к телу и фиксировать их на необходимом уровне.
- Медработнику надо зайти со стороны спины пациента (позади кресла или стула, на котором он сидит), на кровать положить протектор для колена медработника, поставить колени на протектор, подвести свои руки в подмышечные впадины пациенту сзади и ухватить руки пациента у запястья, учитывая болезненные места на руках.
- Сообщить пациенту, что он находится в безопасном положении и готов к дальнейшему перемещению. Переместить пациента.
- Убедиться в безопасном положении пациента, поблагодарить пациента за помощь в удержании и перемещении.
- По окончании работы снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне.

Правильная биомеханика в положении сидя:

- колени должны быть чуть выше бедер (это позволит перераспределить массу тела и уменьшить нагрузку на поясничный отдел позвоночника);

- спина должна быть прямой, а мышцы живота – напряженными; плечи должны быть расправлены и расположены симметрично бедрам.

Запомните! Для того чтобы повернуться, находясь в положении сидя, повернитесь всем корпусом, а не только грудью или плечами. Если по роду деятельности медицинской сестре приходится часто поворачиваться в стороны, сидя на стуле, лучше, чтобы этот стул был вертящимся и на колесах.

Кроме того, следует правильно подобрать стул. Для этого сядьте на стул и обопритесь на его спинку. Высота стула и его глубина подобраны правильно, если: 2/3 длины ваших бедер находятся на сиденье; стопы без напряжения касаются пола. Если размер стула не подходит, следует использовать различные приспособления (подушки, подставки для ног), для того чтобы биомеханика тела была правильной.

Правильная биомеханика тела в положении стоя:

- колени должны быть расслаблены так, чтобы коленные суставы двигались свободно;
- масса тела должна быть распределена равномерно на обе ноги;
- ступни должны быть расставлены на ширину плеч;
- для того чтобы снизить нагрузку на поясничный отдел позвоночника, встаньте прямо и напрягите мышцы живота и ягодиц;
- голову при этом следует держать прямо, чтобы подбородок находился в горизонтальной плоскости;
- расположите плечи в одной плоскости с бедрами.

Запомните! Для того чтобы повернуться, находясь в положении стоя, вначале поверните ступни так, чтобы за ними следовал корпус тела. Не начинайте поворот с поясницы!

Правильная биомеханика при поднятии тяжести:

- перед поднятием тяжестей расположите стопы на расстоянии 30 см друг от друга, выдвинув одну стопу слегка вперед (этим достигается хорошая опора и уменьшается опасность потери равновесия и падения);
- встаньте рядом с человеком, которого вам нужно будет поднимать, так, чтобы вам не нужно было наклоняться вперед; прижимайте поднимаемого человека к себе в процессе подъема;
- сгибайте только колени, поднимая человека, сохраняя туловище в вертикальном положении;
- не делайте резких движений.

Запомните!

Для того чтобы повернуться, сначала поднимите груз, а затем, опираясь на стопы, плавно поворачивайтесь, не сгибая туловища, до тех пор, пока груз находится у вас в руках. Используя правильную биомеханику тела, медицинский персонал обеспечивает себе безопасность, а значит, сохраняет свое здоровье.

Запомните!

Избегайте резких движений туловищем (поворотов, наклонов, разгибаний, рывков)! Все движения нужно выполнять в среднем темпе, ритмично.

Сестринскому персоналу довольно часто приходится поднимать и переносить тяжести (в том числе пациента). Следует делать это рационально, с наименьшим воздействием на межпозвоночные диски: поднимать груз, не наклоняя туловище вперед, а сгибая ноги в коленных и тазобедренных суставах и сохраняя прямое положение спины; переносить груз не на одной, а равномерно распределив его на обе руки и прижимая к себе, или положив на плечо, сохраняя спину прямой.

Неблагоприятное влияние на межпозвоночные диски оказывают многократные повороты туловища в стороны. Поэтому вращающиеся кресла являются необходимым условием на рабочем месте, обеспечивающим предупреждение заболеваний спины. Очень важно поддерживать правильную позу во время работы, в быту и на отдыхе. Целесообразно избегать длительного пребывания в одной и той же позе, особенно с наклоном туловища вперед, учитывая опасность постурального напряжения, так как при этом почти в два раза увеличивается нагрузка на межпозвоночные диски. *Интересный факт:* в положении лежа на спине внутридисковое давление в поясничном отделе позвоночника составляет 50 кг, в положении стоя оно увеличивается до 100 кг, а в положении сидя без опоры спиной — до 140 кг. При наклоне туловища вперед на 20° без груза в руках давление составляет 150 кг, с грузом в каждой руке по 10 кг оно возрастает до 215 кг.

Запомните!

Воздержитесь от поднятия пациентов вручную! Пользуйтесь вспомогательными средствами или подъемными устройствами. Для тех случаев, когда сестре все-таки придется поднимать или перемещать пациента вручную,

специалисты сестринского дела разработали технические приемы, которые при правильном использовании относительно безопасны для сестры и удобны для пациента.

Запомните!

Избегайте вертикального поднятия пациента. Ищите другой, безопасный способ.

Подготовка к поднятию (перемещению) пациента.

Прежде чем перемещать пациента, нужно ответить на следующие вопросы: какова цель поднятия (перемещения) и каково состояние пациента? действительно ли необходимо двигать пациента в его нынешнем состоянии? какие вспомогательные средства для осуществления данного передвижения имеются в настоящий момент под рукой? какой способ передвижения наиболее оптимален? сколько человек должно участвовать в передвижении?

Запомните!

Если передвижением пациента заняты два и более человек, желательно, чтобы они были одного роста.

Если во время передвижения необходимо подставить (убрать) судно или держать дренажный мешок, поврежденную конечность, дополнительно нужен еще человек, кто будет выполнять роль лидера, давая ясные указания всем участвующим в перемещении и объяснять пациенту ход процедуры;

Насколько безопасна окружающая обстановка? (следует убрать предметы, в том числе стулья, стойки с капельницами, каталку, кровать поставить на тормоз, по возможности поднять (опустить) кровать или каталку, приготовить или заменить постельное белье).

Какова окружающая обстановка? (воду на полу, тапочки пациента, упавшие предметы следует убрать.)

Избежать перенапряжения, не нанести вред себе и больному помогут следующие правила:

- Никогда не следует поднимать человека, который сам не может значительно облегчить вам эту задачу, если только он не достаточно легкий и вам не может помочь еще кто-нибудь.
- Поднимая больного или выполняя другую работу по уходу за ним, держите спину по возможности прямой.
- Никогда не пытайтесь поднимать или перемещать больного на вытянутых руках.
- Можно приобрести механические приспособления для поднимания больного, если он совершенно не может сам двигаться.

Правильная биомеханика при поднятии тяжестей:

- Перед поднятием тяжестей расположите ступни на расстоянии 30 см друг от друга, причем одну ступню слегка выдвиньте вперед. Такое положение обеспечивает хорошую опору, не позволяющую вам потерять равновесие и упасть.
- Перед тем как поднять человека или предмет, убедитесь в том, что поднимаемый вами груз находится рядом, на таком расстоянии, при котором вам не нужно наклоняться вперед, чтобы его достать.
- При подъеме прижимайте пациента или предмет к своему телу
- Поднимая тяжелый предмет, сохраняйте вертикальное положение верхней части своего тела и сгибайте только ноги в коленях.
- Поднимайте груз плавно, без резких движений.
- Чтобы повернуть тело, сначала поднимите груз, а затем, опираясь на ступни, плавно поворачивайтесь, не изгибая тело, пока груз находится в руках.
- Двигаясь правильно, вы гарантируете безопасность себе и способны лучше обеспечить безопасность других. Вспомогательные средства поднятия и подъемные устройства
- В последнее время появилось простое в обращении вспомогательное устройство Easyslide.

Немного истории. 25 лет назад норвежский врач Хель Рёйсет получил травму позвоночника, перекладывая тяжелого пациента. Это заставило его задуматься над проблемой перемещения больных. Результатом четырехлетних исследований и экспериментов стало изобретение из уникального синтетического материала, обладающего низким коэффициентом трения. Этот материал и лег в основу гениального изобретения — Easyslide. Простейшее изобретение позволяет без особых усилий перемещать пациента с кровати на каталку, с каталки на кровать, операционный, массажный, перевязочный, рентгеновский столы, а также передвигать пациента в кровати для осуществления ухода за ним и т. п. При этом не нужно поднимать пациента.

Easyslide представляет собой «трубу» с двойными стенками и подушками между ними. Внутренние стенки изготовлены из материала с очень низким коэффициентом трения, благодаря чему обеспечивается легкое скольжение Easyslide с одной поверхности на другую. Причем масса тела пациента может быть значительной. С

помощью Easyslide, даже если разница между двумя уровнями поверхности составляет до 100 мм, два человека могут совершенно безопасно и легко переместить пациента. Кроме того, с помощью Easyslide можно легко повернуть пациента набок. Существует несколько разновидностей Easyslide: стандартный — для перемещения с одной поверхности на другую Turn-slide — модель, с помощью которой пациента можно регулярно поворачивать в постели Minislidепредназначен для пациентов, обладающих некоторой подвижностью. Позволяет им самостоятельно переместиться с кровати в кресло, на стул, из автомобиля — на кресло-каталку. Сверху Easyslide надевают чехол (одноразовый или многоразовый). Многоразовые чехлы можно стирать, кипятить, подвергать паровой стерилизации при температуре 130°C, протирать спиртом, обеспечивая необходимую инфекционную безопасность.

Вспомогательных средств перемещения и различных подъемных устройств, к сожалению, пока очень мало в наших лечебных учреждениях.

Правильное положение ног при перемещении пациента очень важно для обеспечения правильной биомеханики тела и ее безопасности.

- Персонал должен встать в положение ноги врозь, соблюдая равновесие между массой тела пациента и направлением движения.
- Одну ногу поставить рядом с пациентом, чтобы принять массу его тела в начале передвижения, другая нога находится в направлении движения и готова принять на себя массу тела пациента.
- Если сестра поднимает пациента с пола его тело находится между ногами сестры, присевшей на корточки в начале подъема.

Запомните!

- Никогда не поднимайте пациента перед собой (перед коленями), так как придется делать это на вытянутых руках.
- Никогда не поднимайте пациента сбоку от себя, так как при этом значительно изгибается позвоночник.

Положение рук сестры.

Выбранный способ удерживания при перемещении зависит от наличия болезненных участков у пациента и того, какая помощь при перемещении будет ему оказываться.

Необходимо максимально контролировать положение тела и движение пациента.

Положение пациента.

Прежде чем поднимать (перемещать) пациента, нужно помочь ему лечь или придать удобное положение, учитывая биомеханику тела при последующем перемещении, положение спины и позвоночник сестры во время перемещения должны быть прямыми, плечи, насколько это возможно, должны находиться в одной плоскости с тазом, при поднятии пациента одной рукой другая, свободная, поддерживает равновесие туловища и, следовательно, положение спины, являясь опорой для снятия нагрузки с позвоночника. некоторые пациенты могут оказать себе помощь в поднятии, если при участии сестры сделают несколько раскачивающих движений, для создания движущей силы, в этом случае реальная сила, затрачиваемая сестрой для подъема пациента в положение стоя может быть минимальной.

Имея дело даже с беспомощным пациентом, осторожное раскачивание его и сестры может дать толчок движению и облегчить процесс поднятия.

Этим навыкам можно научиться, но для этого необходимо чувство ритма, согласованности движений, а также понимание и сотрудничество со стороны пациента.

Работа в бригаде-передвижение пациента может быть успешным только при согласованности движений.

К примеру, одна сестра выполняет роль лидера, отдает распоряжения, убеждается, что все участвующие в процессе и пациент полностью готовы к движению, она оценивает безопасность окружающей обстановки, наблюдает за выражением лица пациента при его перемещении. Самая сильная физически сестра в бригаде (независимо от должности) должна принимать на себя наиболее тяжелую часть тела— бедра и туловище пациента.

Выполняя любое перемещение, сестринскому персоналу следует:

1. Перед тем, как начать перемещение необходимо представиться пациенту, идентифицировать пациента. Объяснить пациенту цель перемещения, получить согласие.
2. Убедиться в наличии необходимого инвентаря.
3. Вымыть руки, надеть перчатки.

4. Обсудить с пациентом план совместных действий. Если необходимо; воспользоваться помощью коллег.
5. Опустить кровать в горизонтальное положение, отрегулировать необходимую высоту: когда лежащий пациент находится на уровне середины ее бедра. (Это позволит медсестре затратить меньше силы для выполнения манипуляции). Встать как можно ближе к пациенту.
6. Убрать одеяло, переложить подушку в изголовье кровати. (Это предотвратит вероятность удара пациента головой спинку кровати при неудачно выполняемой манипуляции). Уложить пациента на спину.
7. Пользуясь правилами и биомеханики, переместить пациента в необходимое положение.
8. Не забудьте учесть правила биомеханики и предотвратить эффект Вальсальвы, чтобы избежать травм и нарушений в работе сердца и сосудов.
9. Уложить пациента в одно из физиологичных положений в постели, воспользовавшись для этого подушками, валиками и прокладками нужных размеров, подставками для стоп. Они необходимы для того, чтобы:
 - суставы находились в наиболее физиологичном положении для предотвращения растяжений и контрактур (шея, поясница, суставы конечностей);
 - предотвратить сдавление мягких тканей под костными выступами;
 - обеспечить опору для стоп с целью предупредить их "провисание".
10. Уложить пациента, убедиться, что он чувствует себя хорошо.
11. Снять перчатки, вымыть руки.

Укладывать пациента на живот из положения "на спине" необходимо с использованием метода "перекатывания".

Для этого:

- разогните руку пациента;
- прижмите ее к туловищу по всей длине;
- подложите кисть этой руки под бедро;
- "перевалите" его через эту руку, потянув на себя, на живот.

Подобным образом можно вернуть его из положения "на животе" на спину.

Укладывание пациента "на бок":

- встаньте с той стороны от пациента, куда собираетесь его повернуть;
- согните левую ногу (если хотите повернуть на правый бок), в коленном суставе, подсуньте левую стопу в правую подколенную впадину;
- одной рукой придерживая бедро, другой - плечо, поверните пациента на себя (метод "перекатывания");
- зафиксируйте его в этом положении при помощи подушек и валиков.

Устройство и основное предназначение функциональной кровати.

сестринский персонал должен постоянно следить за тем, чтобы положение пациента было функциональным (улучшало функцию того или иного органа или системы) и удобным. Для этой цели лучше всего пользоваться функциональной кроватью, состоящей из трех подвижных секций.

С помощью ручек, расположенных в ножном конце кровати или сбоку, можно поднимать головной конец (вплоть до сидячего положения), поднимать ножной конец, можно согнуть ноги в коленях.

Возвышенное положение головного конца можно создать также с помощью подголовника или нескольких подушек. Создать возвышенное положение ножного конца можно с помощью подушки или валика, подложенного под голени.

В настоящее время имеются современные кровати, легкие для передвижения, предусматривающие специально смонтированные прикроватные столики, штативы для капельниц, гнезда для хранения подкладных суден и мочеприемников.

Предупреждение травм пациента.

Падение пациента наиболее частая причина травмы, но ее можно предупредить, соблюдая следующие условия:

- пациенты не должны ходить по влажному полу;
- на пути перемещения пациентов не должно быть лишних предметов;
- пациенты, страдающие головокружением, слабостью должны перемещаться только в сопровождении м/с;
- при перемещении пациента с кровати на каталку и в случае отсутствия тормоза у каталки следует соблюдать

- особую осторожность;
- при перемещении пациента в кресло-каталку, если у нее отсутствуют тормоза, эту манипуляцию выполняют два человека;
- на пути перемещения пациента должно быть освещение.

Перемещение пациента из положения «лежа на боку» в положение «сидя с опущенными ногами» (выполняется одной сестрой).

Может выполняться как на функциональной, так и на обычной кровати. Используется при вынужденном и пассивном положении.

- 1.Объяснить пациенту ход процедуры, убедиться, что он ее понимает и получить его согласие на проведение.
- 2.Оценить состояние пациента и окружающую обстановку. Закрепить тормоза кровати.
- 3.Опустить боковые поручни (если они есть) с той стороны, где находится сестра.
- 4.Встать напротив пациента: левую руку подвести под плечи, правую — под колени, охватывая их сверху. Согнуть ноги в коленях. Не наклоняться!
- 5.Поднять пациента, опуская его ноги вниз и одновременно поворачивая его на постели в горизонтальной плоскости под углом 90°.
- 6.Усадить пациента, придерживая одной рукой за плечо, а другой — за корпус.
- 7.Убедиться, что пациент сидит устойчиво и уверенно. Подложить упор для спины.
- 8.Надеть пациенту тапочки, если его ноги касаются пола, или подставить под ноги скамейку, если они не касаются пола.

Поворачивание пациента и размещение его в положении на боку.

Выполняется на кровати с изменяющейся высотой. (выполняет одна сестра, пациент может помочь).

Использование при: вынужденном или пассивном положении; риске развития пролежней, смене положения. Подготовить: дополнительную подушку, упор для ног, мешок с песком.

- 1.Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры, убедиться, что он ее понимает и получить его согласие на проведение.
- 2.Оценить состояние пациента и окружающую обстановку. Закрепить тормоза
- 3.Опустить боковые поручни (если они есть) со стороны, где находится сестра.
- 4.Полностью (если это возможно) опустить изголовье кровати; пациент должен лежать горизонтально. Опустить кровать до уровня середины своего бедра.
- 5.Передвинуть пациента ближе к краю кровати, противоположному тому, куда его поворачивают.
- 6.Сказать пациенту, чтобы он скрестил руки на груди.
- 7.Если переворачиваете его на правый бок, то он положит левую ногу на правую (если не может этого сделать, помогите ему), или согнуть левую ногу пациента: одна рука охватывает голень, другая — подколенную впадину.
8. Встать с той стороны кровати, куда поворачиваете пациента. Положить протектор рядом с ним. Согнуть свою ногу в колене и поставить ее на протектор. Вторая является опорой.
9. Если пациента поворачиваете на правый бок, положить левую руку на его левое плечо, а правую - на его левое бедро.
10. Повернуть пациента на бок, перенеся свой вес на ногу, стоящую на полу. Подложить подушку под голову пациента. Примечание. Пациент должен лежать на своей руке.
11. Руки пациента слегка согнуть. Рука, находящаяся сверху, лежит на подушке.
12. Подложить подушку под спину пациента.

13. Под полусогнутую ногу пациента, лежащую сверху, положить подушку (от паховой области до стопы).
14. Положить мешок с песком (упор для ног) у подошвы ноги, которая лежит снизу. Расправить подкладную пеленку.
15. Убедиться, что пациент лежит удобно.
16. Поднять боковые поручни.

Переворачивание и размещение пациента в положение «лежа на животе» (выполняется по назначению врача одной медсестрой; пациент может помочь).

Выполняется как на функциональной, так и на обычной кровати. Использование при вынужденном или пассивном положении; риске развития пролежней, смене положения. Подготовить: свернутое одеяло или банное полотенце, небольшую подушку, валики.

1. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры, убедиться, что он ее понимает и получить его согласие на проведение.
2. Оценить состояние пациента и окружающую обстановку. Закрепить тормоза кровати.
3. Опустить боковые поручни (если они есть) со стороны, где находится сестра.
4. Опустить изголовье кровати (или убрать подушки). Убедиться, что пациент лежит горизонтально.
5. Приподнять аккуратно голову пациента, убрать обычную и положить маленькую подушку.
6. Переместить пациента к краю кровати.
7. Разогнуть руку пациента, прижать ее к туловищу.
8. Поднять боковые поручни. Перейти на другую сторону кровати и опустить там боковые поручни.
9. Поставить колено на кровать. Подложить свернутое одеяло (полотенце) или небольшую подушку под верхнюю часть живота пациента. Положить одну руку на плечо, а другую — на бедро, находящиеся дальше от вас, поставить колено на кровать пациента, подложив под него небольшую подушку (протектор).
10. Перевернуть пациента на живот в сторону сестры. Голова пациента на боку.
11. Подложить подушку под голени, чтобы пальцы не касались постели.
12. Согнуть одну руку пациента в локтевом суставе под углом 90°, другую — положить вдоль туловища.
13. Подложить подушки (или поролон в чехле) под локти, предплечья и кисти.
14. Подложить небольшие валики рядом со стопами (с наружной стороны).
15. Расправить простыню и подкладную пеленку.
16. Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни.

Расположение пациента в постели в положении Симса.

Подготовка к процедуре

1. Объяснить ход предстоящей процедуры, убедиться, что пациент понимает, и получить его согласие.
2. Оценить его состояние и окружающую обстановку. Закрепить тормоза кровати.
3. Подготовить дополнительную подушку, валики, упор для ног, 1/2 резинового мячика.
4. Опустить боковые поручни с той стороны, где находится сестра.
5. Перевести изголовье кровати в горизонтальное положение.
6. Переместить пациента на спину.
7. Переместить его к краю кровати.
8. Переместить его в положение «лежа на боку» и частично «на животе».
9. Подложить подушку под голову пациента.
10. Под согнутую, находящую сверху, руку поместить подушку на уровне плеча. Другую руку положить на простыню. Расслабленную кисть поместить на 1/2 резинового мячика.
11. Под согнутую «верхнюю» ногу подложить подушку, чтобы нога оказалась на уровне бедра.
12. У подошвы ноги положить мешок с песком или другой упор для ног.
13. Убедиться, что пациент лежит удобно.
14. Расправить простыню и подкладную пеленку.
15. Поднять поручни.

Расположение пациента в постели в положении Фаулера.

Выполняется как на функциональной, так и на обычной кровати при вынужденном пассивном положении пациента (в т. ч. при гемиплегии, параплегии, тетраплегии), риске развития пролежней, необходимости физиологических отвлечений в постели.

1. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры, убедиться, что он ее понимает, и получить его согласие.

2. Оценить состояние пациента и окружающую обстановку. Закрепить тормоза кровати.
3. Подготовить подушки, валики из одеяла (подушки), упор для ног.
4. Опустить боковые поручни (если они есть) с той стороны, где находится медсестра.
5. Убедиться, что пациент лежит на спине посередине кровати.
6. Поднять изголовье кровати под углом 45-60° (90° - высокое, 30° - низкое Фаулерово положение) или подложить три подушки: человек, прямо сидящий на кровати, находится в высоком положении Фаулера.
7. Подложить подушку или сложенное одеяло под голени пациента.
8. Положить небольшую подушку под голову (в том случае, если поднималось только изголовье).
9. Подложить подушку под предплечья и кисти (если пациент не может самостоятельно двигать руками). Предплечья и запястья должны быть приподняты и расположены ладонями вниз.
10. Подложить пациенту подушку под поясницу.
11. Подложить небольшую подушку или валик под колени.
12. Подложить небольшую подушку под пятки.
13. Обеспечить упор для поддержания стоп под углом 90° (если необходимо).
14. Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни.
15. Вымыть руки.

Размещение пациента в положение «на спине» (выполняет одна медсестра).

Выполняется как на функциональной, так и на обычной кровати при вынужденном или пассивном положении; риске развития пролежней, гигиенических процедурах в постели; смене постельного белья.

1. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры, убедиться, что он понимает, и получить его согласие на размещение.
2. Оценить состояние пациента и окружающую обстановку. Закрепить тормоза кровати.
3. Подготовить подушки, валики из одеял, упор для ног. 1
4. Опустить боковые поручни (если они есть) с той стороны, где находится медсестра.
5. Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придав постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит посередине кровати.
6. Придать пациенту правильное положение:
 - положить подушку под голову (или поправить оставшуюся);
 - расположить руки вдоль туловища ладонями вниз;
 - расположить нижние конечности на одной линии с тазобедренными суставами.
7. Подложить небольшую подушку под верхнюю часть плеч и шею.
8. Подложить под поясницу небольшое, свернутое валиком, полотенце.
9. Подложить валики из скатанной в рулон простыни вдоль бедер, с наружной стороны, от области большого вертела бедренной кости.
10. Подложить небольшую подушку или валик под голень в нижней части.
11. Обеспечить упор для поддержания стоп под углом 90°.
12. Подложить под предплечья небольшие подушки.
13. Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни.
14. Вымыть руки.

8. Вопросы по теме занятия

1. Расскажите о воздействии токсичных веществ на здоровье младшего и среднего медицинского персонала.
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2
2. Расскажите о вредном действии анестезирующих газов на здоровье младшего и среднего медицинского персонала. Перечислите мероприятия по профилактике.
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2
3. Расскажите о влиянии облучения на здоровье младшего и среднего медицинского персонала. Перечислите мероприятия по профилактике.
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2
4. Расскажите о риске инфицирования на рабочем месте. Мероприятия по профилактике.
Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

5. Расскажите о психологических факторах риска на состояние здоровья младшего и среднего медицинского персонала. Перечислите мероприятия по профилактике.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

6. Расскажите о влиянии физической нагрузки при взаимодействии с пациентом, оборудованием, на здоровье младшего и среднего медицинского персонала. Назовите факторы риска несчастных случаев в условиях больничной среды; причины травм в результате падений. Перечислите мероприятия по профилактике.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

7. Продемонстрируйте правила биомеханики, приведите прикладные примеры.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

8. Расскажите о медицинской эргономике, назовите ее принципы. Приведите примеры эргономичного оборудования в работе сестринского персонала.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

9. Перечислите правила техники безопасности при работе с ртутьсодержащим оборудованием, назовите способы защиты.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

10. Расскажите о рациональной и безопасной организации рабочего места.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

11. Перечислите требования к условиям труда медицинского персонала.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

12. Дайте определение понятия "безопасная больничная среда". Дайте определение понятия "Лечебно-охранительный режим". Перечислите и охарактеризуйте элементы лечебно-охранительного режима.

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

9. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. НАГРУЗКА НА МЕЖПОЗВОНОЧНЫЕ ДИСКИ С УВЕЛИЧЕНИЕМ УГЛА НАКЛОНА ВОЗРАСТАЕТ:

- 1) нет;
- 2) в 10 — 20 раз;
- 3) в 100 раз;
- 4) в 2 раза;
- 5) в 5 раз;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

2. ЗАБОЛЕВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО БРАТА ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПАРОТИТОМ В КОНЕЧНОМ ИТОГЕ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ:

- 1) к бесплодию;
- 2) не повлияет на репродуктивную систему;
- 3) к генным мутациям;
- 4) к формированию хорошего иммунитета;
- 5) к дефициту иммунитета;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

3. КАНЦЕРОГЕННЫЕ ВЕЩЕСТВА:

- 1) вещества, вызывающие развитие злокачественных опухолей;
- 2) ядовитые вещества;
- 3) вещества, вызывающие различные аллергические реакции;
- 4) вещества, вызывающие дерматит;
- 5) вещества, приводящие к отравлению;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

4. ЭФФЕКТ ВАЛЬСАЛЬВЫ:

- 1) нарушения сердечного ритма и кровоснабжения мышцы сердца при натуживании на высоте вдоха;
- 2) появление головокружения, шума в ушах и даже потери сознания при резкой перемене положения тела вследствие нарушений в работе сердца и сосудов;
- 3) постепенное истончение, повреждение волокон и уменьшение их сократительной способности в результате нарушения питания;
- 4) последствия, вызванные не правильным перемещением пациента в кровати и вне кровати;
- 5) нарушения сердечного ритма и кровоснабжения мышцы сердца при натуживании на высоте выдоха;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

5. ПЕРВИЧНЫЕ РАЗДРАЖИТЕЛИ КОЖИ:

- 1) УФО;
- 2) вода;
- 3) антибиотики;
- 4) дезинфектанты;
- 5) медицинские перчатки;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

6. СПОСОБЫ АДАПТАЦИИ К СТРЕССАМ:

- 1) по возможности, избегание общения с пациентами;
- 2) периодически брать больничный лист;
- 3) продуманная, рациональная организация труда;
- 4) принимать успокоительное;
- 5) ни с кем не конфликтовать;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

7. ПРАВИЛЬНАЯ БИОМЕХАНИКА ТЕЛА МЕДРАБОТНИКА ОБЕСПЕЧИВАЕТ:

- 1) транспортировку, перемещение и изменение положения тела пациента;
- 2) предотвращение травмы позвоночника сестринского персонала в процессе работы;
- 3) своевременность выполнения врачебных назначений;
- 4) положение, позволяющее удерживать равновесие;
- 5) эргономичность оборудования;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

8. ЭРГОНОМИКА - ЭТО НАУКА:

- 1) изучающая взаимосвязи между людьми и окружающей средой для эффективных и безопасных действий;
- 2) о применении принципов механики для изучения движений человека;
- 3) изучающая санитарно-эпидемиологический режим медицинских организаций;
- 4) о правильном перемещении тела медработника в процессе перемещения пациентов;
- 5) о профилактике вредного воздействия различных факторов на здоровье медперсонала;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

9. ПАЦИЕНТ ВЫДЫХАЕТ ОТХОДЫ АНЕСТЕЗИРУЮЩИХ ГАЗОВ В ТЕЧЕНИЕ __ ДНЕЙ ВОПРОС/ОТВЕТ:

- 1) 1;
- 2) 5;
- 3) 7;
- 4) 10;
- 5) 14;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

10. ТЕРАТОГЕННОЕ ДЕЙСТВИЕ ВЫЗЫВАЕТ:

- 1) облучение медработников;
- 2) инфекционные заболевания;
- 3) мутации генов;
- 4) врожденные дефекты (уродства) у плода;
- 5) оздоровление организма в целом;

Правильный ответ: 4

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

11. СЕНСИБИЛИЗАТОРЫ:

- 1) вещества, вызывающие развитие злокачественных опухолей;
- 2) ядовитые вещества;
- 3) вещества, вызывающие различные аллергические реакции;
- 4) вещества, вызывающие дерматит;
- 5) это очень полезные для здоровья вещества;

Правильный ответ: 3

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

12. ФАКТОРЫ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ СНИЗИТЬ ВОЗДЕЙСТВИЕ ОБЛУЧЕНИЯ:

- 1) использование спецодежды;
- 2) расстояние, укрытие, скорость;

- 3) использование средств индивидуальной защиты;
- 4) снижение дозы облучения при проведении исследования;
- 5) побольше пить молока;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

13. ПОСТУРАЛЬНОЕ НАПРЯЖЕНИЕ МЫШЦ:

- 1) напряжение, вызванное неудобной позой;
- 2) неспособность мышцы сокращаться;
- 3) гипертрофия мышц;
- 4) атрофия мышц;
- 5) это процесс начала расслабления мышц;

Правильный ответ: 1

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

14. ОТХОДЫ АНЕСТЕЗИРУЮЩИХ ГАЗОВ ДЕЙСТВУЮТ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ СИСТЕМУ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ:

- 1) положительно;
- 2) снижается способность забеременеть;
- 3) приводят к генным мутациям;
- 4) не влияют;
- 5) увеличивается способность забеременеть;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

15. СОБЛЮДАЯ ПРАВИЛА БИОМЕХАНИКИ МЕДРАБОТНИКУ ПОЗВОЛЯЕТСЯ:

- 1) сгибать позвоночник;
- 2) держать спину прямо;
- 3) действовать интуитивно;
- 4) скручивать позвоночник;
- 5) наклоняться вперед, округляя спину;

Правильный ответ: 2

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

10. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Пациентке Б., 68 лет, назначен постельный режим. Зайдя в палату, медсестра обнаружила ее лежащей на полу с раной на голове. Пациентка плачет, рассказывает, что хотела пить, потянулась за стаканом с водой, стоящим на тумбочке, и упала.

Вопрос 1: Как Вы думаете, что должна была предпринять медсестра, чтобы избежать этой травмы;

1) Пациенты старше 65 лет относятся к группе высокого риска падений, медицинская сестра обязана обеспечить расположение предметов первой необходимости в местах, легкодоступных для пациента. Пациент должен быть снабжен средствами связи с постом. Медицинская сестра должна разъяснить пациенту, что при возникновении проблем необходимо обратиться за помощью. Мерой профилактики падений пациента является быстрое реагирование медицинского персонала на вызов пациента и своевременное удовлетворение его потребностей;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

2. Пациентка 58 лет. Вес: 62кг. Д-3: Сахарный диабет II тип. Синдром диабетической стопы. Объективно: Состояние удовлетворительное. Больная в сознании, контактна, способна воспринимать информацию, двигательная активность нарушена. Проблема сестры: Пациентка не может самостоятельно переместиться с одной поверхности на другую.

Вопрос 1: Решите проблему;

1) Переместить пациентку при помощи подмышечного захвата и захвата медвежье объятие (одной медсестрой). Удерживание пациента методом «подмышечный захват». Удерживание пациента выполняет один специалист. Пациент может помочь. Цель: предварительный этап для других перемещений. Перед тем, как начать перемещение необходимо объяснить пациенту ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий. Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки. Оценить состояние пациента и окружающую обстановку (влажность пола, посторонние предметы на полу и др.), закрепить тормоза кровати. Затем, при возможности, отрегулировать высоту кровати - на уровне середины Вашего бедра. (Это позволит медработнику затратить меньше силы для выполнения манипуляции). Далее необходимо встать сбоку лицом к сидящему пациенту. Поставить одну ногу рядом, а другую, слегка развернув стопу, впереди ног пациента, фиксируя его колени. Подвести одну, дальнюю кисть в подмышечную впадину пациента. Подвести другую кисть - в направлении сзади и спереди, ладонью вверх. Убедиться, что у вас есть возможность свободно перемещать массу вашего тела с одной ноги на другую, и вы стоите удобно. Попросить пациента или помочь ему наклониться вперед от бедра так, чтобы его плечо, находящееся ближе к вам, твердо упиралась в ваше

туловище. Сообщить пациенту, что он находится в безопасном положении и готов к дальнейшему перемещению. Переместить пациента. Убедиться в безопасном положении пациента, поблагодарить пациента за помощь в удержании и перемещении. По окончании работы снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

3. Пациент 88 лет. Д-3: Пневмония. Объективно: Состояние средней тяжести. Двигательная активность затруднена. Проблема пациента: Пациентка не может самостоятельно переместиться с одной поверхности на другую.

Вопрос 1: Решите проблему;

1) Решение проблемы: Переместить пациентку при помощи захвата за локти (одной медсестрой). Удерживание пациента методом «захват при поднятом локте». Удерживание пациента выполняет один специалист. Пациент может помочь. Цель: предварительный этап для других перемещений. Перед тем, как начать перемещение необходимо объяснить пациенту ход и смысл предстоящего перемещения, получить согласие, обсудить с ним план совместных действий. Непосредственно перед работой с пациентом медработник должен обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки. Оценить состояние пациента и окружающую обстановку (влажность пола, по-сторонние предметы на полу и др.), закрепите тормоза кровати. Затем, при возможности, отрегулировать высоту кровати - на уровне середины Вашего бедра. (Это позволит медработнику затратить меньше силы для выполнения манипуляции). Встать сбоку от пациента, сидящего на стуле (низкой кровати), лицом к нему. Поставить одну ногу рядом со стулом, другую, слегка развернув стопу, впереди ног пациента, фиксируя своей ногой его колени. Затем попросить пациента или помочь ему наклониться вперед от бедра так, чтобы плечо, находящееся ближе к вам, твердо упиралось в ваше туловище. Медработнику наклониться слегка вперед через спину пациента и крепко охватить его за локти, как бы поддерживая их снизу. Расположите свое плечо так, чтобы дальше от вас плечо пациента упиралось в вашу руку. Сообщить пациенту, что он находится в безопасном положении и готов к дальнейшему перемещению. Переместить пациента. Убедиться в безопасном положении пациента, поблагодарить пациента за помощь в удержании и перемещении. По окончании работы снять перчатки, обработать руки на гигиеническом уровне;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

4. Пациент М, 20 лет, вчера поступил в терапевтическое отделение стационара. Сегодня во время врачебного обхода его не оказалось в палате, по поводу чего палатная медсестра получила замечание от дежурного врача. Пациент появился в отделении только через 2 часа, сообщив, что навещал своего друга в другом отделении больницы.

Вопрос 1: Как Вы считаете, в чем ошибка медсестры;

1) Медицинская сестра должна ознакомить пациента, поступившего в отделение, с правилами внутреннего распорядка, которые состоят в соблюдении установленного режима дня. Необходимо разъяснить, что в отделении отведены определенные часы для питания, врачебного обхода, сна, процедур, посещений, досуга. В обязанности медицинской сестры входит контроль соблюдения пациентами правил внутреннего распорядка;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

5. Пациент П. 72 лет, обратился к медсестре с вопросом о назначении ведра с надписью «концентрат дезинфектанта», которое стоит в туалете. Пациент страдает приступами удушья и ему после посещения туалета всегда становится хуже из-за резкого запаха хлора. Интересуется, можно ли убрать ведро в другое место.

Вопрос 1: Как бы Вы поступили в данной ситуации;

1) поскольку дезинфицирующие средства являются токсичными, при работе с ними необходимо соблюдать правила техники безопасности. Одним из правил является требование к хранению. Запасы дезинфицирующих средств должны храниться в помещениях, недоступных для общего пользования, в емкостях темного стекла, плотно закупоренных, промаркированных с указанием названия раствора, его концентрации, даты приготовления;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

6. Пациент, резко встал со стула и упал.

Вопрос 1: Дайте рекомендации и продемонстрируйте технику самостоятельного перемещения пациента после падения из положения лежа на полу в положение сидя на кровати или стуле (Эргономическое оборудование отсутствует);

1) Повернуться на бок, встать на четвереньки, подползти правым боком вплотную к стулу, колени на уровне передней ножки стула, правая рука предплечьем на середине сидения, кисть захватывает край сидения. Поставить на пол правую стопу и опираясь левой рукой в бедро правой ноги, а правой на сидение стула, оттолкнуться рукой от ноги и с поворотом на этой ноге, частично распрямляясь сесть на стул. Подвинуть поясницу к спинке стула;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

7. Пациент поступил на стационарное лечение.

Вопрос 1: Ознакомьте пациента с правилами внутрибольничного распорядка;

Вопрос 2: Расскажите об обязанностях пациента;

Вопрос 3: Расскажите о том, что запрещено пациенту, находясь в стационаре;

1) Вы поступаете на лечение в нашу медицинскую организацию. Персонал больницы приложит все усилия,

знания и опыт для правильной диагностики и Вашего лечения. Мы постараемся облегчить ваши недуги, создать хорошие условия для быстрого выздоровления. Но наряду с нашими стараниями, просим не забывать, что необходимо соблюдать правила пребывания пациентов в стационаре. При стационарном лечении пациент может принимать посетителей во вторник и четверг с 16.00 до 18.00, субботу и воскресенье с 10.00 до 13.00 в вестибюле стационара, за исключением периода ограничительных мероприятий. Для беседы к своему лечащему врачу Вы можете обратиться ежедневно с 15.00-15.45, кроме субботы и воскресенья. Выписка пациентов производится лечащим врачом по согласованию с заведующим отделением стационара. Выписка осуществляется с 8.00-12.00 ежедневно, кроме субботы и воскресенья;

2) При обращении за медицинской помощью в больнице пациент обязан: соблюдать внутренний распорядок работы больницы, тишину, чистоту и порядок; уважительно относиться к медицинским работникам и другим пациентам; исполнять требования пожарной безопасности; соблюдать рекомендуемую врачом диету; представлять врачу, оказывающему медицинскую помощь, известную ему достоверную информацию о состоянии своего здоровья, в том числе, о противопоказаниях к применению лекарственных средств, ранее перенесенных и наследственных заболеваний; оформлять в установленном порядке свой отказ от получения информации против своей воли о состоянии здоровья, о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, в том числе, в случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания, отказ от медицинского вмешательства или его прекращение; бережно относиться к имуществу больницы и других пациентов; являться на прием к врачу в назначенные дни и часы; соблюдать лечебно-охранительный режим, предписанный лечащим врачом;

3) В помещениях больницы и его структурных подразделений запрещается: нахождение в верхней одежде, без сменной обуви (или бахил); курение в зданиях и помещениях больницы, за исключением специально отведенных для этого мест; распитие спиртных напитков, употребление наркотических средств, психотропных и токсических веществ; нахождение в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения; играть в азартные игры; громко разговаривать, шуметь, хлопать дверьми; пользование мобильной связью в палате АиР, при нахождении на приеме у врача, во время выполнения процедур, манипуляций, обследований, во время отдыха и сна; хранить в палате верхнюю одежду, обувь, хозяйственные и вещевые сумки; использовать электронные устройства, имеющие электромагнитное излучение; включать освещение, аудио, видео аппаратуру, пользоваться мобильным телефоном, ходить по отделению (палате) во время, предназначенное для сна и отдыха; использовать постельное белье, подушки и одеяла со свободных коек в палатах; совершать прогулки по территории больницы без разрешения врача и вне пешеходных зон; выходить за территорию больницы; устанавливать личную бытовую электроаппаратуру без получения на то согласия заведующего отделением; принимать лекарственные препараты по собственному усмотрению; самовольно оставлять учреждения до завершения курса лечения. Нарушение Правил внутреннего распорядка, лечебно-охранительного, санитарно-противоэпидемического режимов и санитарно-гигиенических норм влечет за собой ответственность, установленную законодательством РФ (Федеральный закон об основах охраны здоровья граждан в РФ). За нарушение режима и Правил внутреннего распорядка больницы пациент может быть досрочно выписан с соответствующей отметкой в больничном листе. Администрация больницы за сохранность ценных вещей, оставленных в палате, ответственности не несет. В случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобой непосредственно к главному врачу, заведующему отделением;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

8. Пациенту назначен постельный режим.

Вопрос 1: Ознакомьте пациента с правилами соблюдения постельного режима;

1) Поприветствовать пациента. Представиться, Рассказать о цели визита. Получить согласие. Рассказать пациенту о правилах соблюдения постельного режима: Постельный режим - разрешается поворачиваться в постели, под наблюдением медицинской сестры или специалиста по лечебной физкультуре - делать специальные гимнастические упражнения. Через определенное время с разрешения врача - присаживаться на краю кровати, опустив ноги (полупостельный режим). Спросить если у пациента вопросы, ответить на них.

Задать пациенту контрольные вопросы. Поблагодарить за внимание;

Компетенции: ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ПК-1.4, ПК-2.4, ПК-3.3, ПК-4.2

11. Примерная тематика НИРС по теме

1. Безопасность медицинской сестры по массажу/медицинского брата по массажу на рабочем месте.

12. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Двойников, С. И. [Сестринское дело при инфекционных заболеваниях](#) : учебное пособие / С. И. Двойников, Л. С. Жилина. - 6-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2022. - 300 с. - Текст : электронный.

[Инфекционные болезни](#) : учебник / ред. Н. Д. Ющук, Ю. Я. Венгеров. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 704 с. - Текст : электронный.

- дополнительная:

Рабинович, И. В. [Сестринское дело при инфекционных заболеваниях](#) : учебное пособие для СПО / И. В. Рабинович. - 4-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2022. - 356 с. - Текст : электронный.

Журавлев, В. И. [Сестринский уход при инфекционных заболеваниях](#) : учебное пособие / В. И. Журавлев. - 4-е изд.,

стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2021. - 492 с. - Текст : электронный.

[Инфекционные болезни. Руководство к практическим занятиям](#) : учебно-методическое пособие / ред. Н. Д. Юшук, Е. В. Волчкова, Ю. В. Мартынов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 720 с. - Текст : электронный.

Рабинович, И. В. [Сестринский уход за больными с инфекционными заболеваниями. Практикум](#) : учебное пособие для СПО / И. В. Рабинович. - 2-е изд., стер. - Санкт-Петербург : Лань, 2022. - 184 с. - Текст : электронный.

- электронные ресурсы:

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». (http://www.consultant.ru/document/cons_doc_law_121895/)

Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» Редакция от 02.07.2021, действует с 31.10.2021 (<https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=405056>)

Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней». Редакция от 02.07.2021 — действует с 01.10.2021 (<https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=392772>)

Национальная концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, утверждена руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, главным государственным санитарным врачом Российской Федерации (<https://docs.cntd.ru/document/499002572>)

Санитарные правила и нормы СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», главный государственный санитарный врач российской федерации постановление от 28 января 2021 года № 4. (<https://docs.cntd.ru/document/573660140>)

Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.3597-20 «Профилактика новой коронавирусной инфекции (Covid-19)», главный государственный санитарный врач российской федерации постановление от 22 мая 2020 года № 15. (<https://seanews.ru/wp-content/uploads/2021/09/sanpiny-kovid-19-novaja-redakcija.pdf>)

Санитарные правила СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или (<https://docs.cntd.ru/document/573275590>)

Санитарные правила СП 2.2.3670-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям труда», постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 02.12.2020 г. №40. (<https://docs.cntd.ru/document/573230583>)

СанПиН 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, (<http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202102050027>)

СанПиН 1.2.3685-21 «Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания», постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 г. № 2. (<https://docs.cntd.ru/document/573500115>)

Приказ Минздравсоцразвития России от 26.01.2009 № 19н «О рекомендуемом образце добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок детям или отказа от них», зарегистрирован в Минюсте России 28.04.2009 № 13846 (<https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=135187>)

Приказ Минздрава РФ от 28.01.2021 № 29Н. «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, Перечня медицинск (<http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202101290043>)

Приказ Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации от 18 декабря 2020 г. N 928н «Об утверждении правил по охране труда в медицинских организациях». ()

Методические рекомендации МР 2.2.9.2242-07 «Гигиенические и эпидемиологические требования к условиям труда медицинских работников, выполняющих работы, связанные с риском возникновения инфекционных заболеваний». ()

МУ 3.5.1.3674-20. Обеззараживание рук медицинских работников и кожных покровов пациентов при оказании медицинск ой помощи. (http://60.rospotrebnadzor.ru/sites/default/files/mu-3.5.1.3674_20-obezzarazhivanie-ruk-medrabotnikov)

Методические рекомендации МР 3.5.1.0113-16 «Использование перчаток для профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в медицинских организациях» (утв. Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия челове (<https://docs.cntd.ru/document/456020904>)

МР 3.1.0229-21. «Рекомендации по организации противоэпидемических мероприятий в медицинских организациях, осуществляющих оказание медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) (подозрением на заболевание) в стационарных условиях (<https://legalacts.ru/doc/mr-310229-21-31-profilaktika-infektsionnykh-boleznei-rekomendatsii-po-organ>)

Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11.12.2020 № 885н «Об утверждении Перечня отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, работники которых проходят обязательное медицинское освидетельствовани (<https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=379562>)