|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **Тема № 5 «Сестринский уход за больными детьми дошкольного и школьного возраста в онкогематологии и нефрологии»**Задание «Сестринский уход за больными детьми дошкольного и школьного возраста в онкогематологии»Вы работаете в онкогематологическом отделении. На вашем попечении 2 палаты, где находятся на лечении 4 детей. 1. Мальчик 17 лет с диагнозом: Идиопатическая апластическая анемия. Сопровождается выраженной слабостью, периодическими головокружениями с потерей сознания
2. Мальчик 9 лет с диагнозом:  Гемофилия А, тяжелая, гемартроз правого локтевого сустава. Отмечается частичный анкилоз обоих коленных и правого тазобадренного суставов.
3. Ребенок 10 лет, госпитализирован с мамой с диагнозом: Острый лимфобластный лейкоз. Жалуется на боли в животе, увеличение размеров живота, головные боли, приступы рвоты, судорог.
4. Девочка 6 лет с диагнозом: Идиопатическая тромбоцитопения, среднетяжелая, затяжное течение. На коже иного численные синяки и иетехии, частые носовые и десневые кровотечения, гематурия. Госпитализирована с мамой.
* Составьте план мероприятий по уходу за каждым ребенком

ОТВЕТ:Анемия – состояние, характеризующееся уменьшением числа эритроцитов и снижением уровня гемоглобина в единице объема крови.По содержанию гемоглобина и эритроцитов выделяют 3 степени тяжести анемии: легкую, средней тяжести и тяжелую. Легкая анемия: количество эритроцитов не менее 3·1012/л, гемоглобин – 90-110 г/л. Средней тяжести: количество эритроцитов в пределах 2,5·1012/л, гемоглобин – 70-90 г/л. Тяжелая анемия: количество эритроцитов меньше 2,5·1012/л, гемоглобин ниже 70 г/л.**Уход:**1. Контроль постельного режима.
2. Обеспечить доступ свежего воздуха путём проветривания.
3. Тщательная медикаментозная профилактика инфекций.
4. Адекватная трансфузионная терапия препаратами эритроцитной массы и тромбоконцентрата.
5. Система организационных и медикаментозных мер по профилактике инфекций:
	* уход за ротовой полостью: 4 раза в день полоскание полости рта дезинфицирующими растворами (например, водным раствором хлоргексидина 0,05%, раствором органического йода;
	* тщательный, но щадящий уход за зубами и деснами; использование только мягких зубных щёток или ротового душа; при кровоточивости десен и слизистых, некрозах и изъязвлениях слизистых, использование зубных щёток должно быть исключено, вместо этого применяется обработка рта раствором хлоргексидина и вяжущими средствами.
	* гигиена кожи: ежедневное мытье под душем или обтирание водным раствором хлоргексидина, обработка мацераций и повреждений дезинфицирующими средствами.
	* обязательна строгая личная гигиена родителей и посетителей, антисептическая обработка рук персонала при входе в палату.
6. Соблюдение диеты. (При составлении диеты больным с анемией, лейкопенией, тромбоцитопенией целесообразно включать в диету продукты, содержащие вещества, необходимые для построения стромы кровяных элементов, синтеза гемоглобина, дифференциации и созревания клеток крови и исключать вещества, оказывающие тормозящее влияние на определенные стороны гемопоэза. Ограничивают животный жир и увеличивают количество растительного масла. Предпочтение отдают овощам, фруктам, ягодам, зелени)
7. Контроль температуры в помещении (18- 20).
8. Проведение влажной уборки (не менее 2 раз в день), проветривание помещения (не менее 4 раз в день), кварцевание.
9. Смена нательного, постельного белья.
10. Выполнить назначения врача.
11. Контроль за состоянием пациента –АД, пульса, чдд, чсс, tº.

Гемофилия А – генетически детерминируемое заболевание, вызванное врождённым дефицитом белка фактора свёртывания крови VIII. Наиболее часто встречающаяся форма гемофилии (около 80 % случаев).Главным образом для профилактики гемофилии А используется заместительная терапия — регулярное введение препаратов, содержащих недостающий белок — фактор свертывания VIII. Полное излечение от гемофилии А с помощью лекарств невозможно, однако известны случаи, когда при пересадке пациенту донорской печени организм гемофилика в течение нескольких лет вырабатывал фактор VIII, но затем, в процессе обновления клеток печени данный эффект сошел на нет, поэтому эта методика лечения была признана неэффективной.Наиболее известные препараты для лечения гемофилии А: октанат, иммунат, когенэйт-фс, рекомбинат, гемоктин, коэйт-дви. Все они вводятся только внутривенно. Для профилактики ингибиторных форм гемофилии А используется концентрат фактора свёртывания крови VII активированный (новосэвен, коагил-VII, фейба).**Гемартроз** — кровоизлияние в полость сустава.Прогноз при травматическом гемартрозе обычно благоприятный, особенно в случае своевременного обращения в лечебное учреждение. Рецидивирующий гемартроз, а также гемартроз при тяжелых травмах и гемофилии может стать причиной развития осложнений и последующего формирования артроза коленного сустава. Профилактические меры включают в себя предупреждение травматизма в быту и на производстве, своевременное лечение заболеваний, которые могут стать причиной гемартроза.* Диагностические мероприятия включают в себя: Осмотр врача (пальпация области локтевого сустава); Сбор анамнеза заболевания; Клинический и биохимический анализы крови; Общий анализ мочи; УЗИ суставов локтя; Рентген кисти (в двух проекциях); Компьютерная томография; МРТ.
* Для лечения гемартрозов применяется фонофорез с гидрокортизоном, массаж, ЛФК. Больным рекомендуют отвары лекарственных трав — душицы и лагохилуса (зайцегуба) опьяняющего. Полезен арахис.

**Уход:**1. Обеспечением покоя сустава. При необходимости холодный компресс. После дообследования при отсутствии серьёзных внутрисуставных повреждений — пункция сустава в асептических условиях, удаление крови, давящая повязка на коленный сустав в виде кольца, задняя гипсовая лонгета на 2—3 недели. После этого назначают лечебную гимнастику и физиотерапию. Контроль за состоянием пациента – АД, ЧДД, ЧСС, Температура. Обеспечить доступ свежего воздуха путём проветривания.
2. Соблюдение диеты (Для восстановления крови и улучшения свертываемости необходимо употреблять пищу, которая содержит соли фосфора, кальция, витамины A, В, С, Д. Самое важное – это обеспечить организм нужным количеством витамина К. Витамин К можно почерпать, употребляя шпинат, листья салата, репчатый лук, морковь, бананы, чеснок, огурцы, помидоры, груши, яблоки, капусту (особенно брокколи, белокочанную, цветную), острый перец, соевые бобы, яичный желток, сыр, сливочное масло, овес, ботву репы, сельдерея. Для улучшения состояния крови, поднятия гемоглобина, укрепления стенок сосудов и понижения уровня холестерина, необходимо включать в рацион печень, рыбу жирных сортов, цитрусовые, орехи, гранат, авокадо, свеклу, клюквенный морс, мед, гречневую кашу, морковный, яблочный и свекольный соки. Свекольный сок необходимо пить разбавленным морковным или яблочным. Сначала его необходимо разбавлять 1 к 1-ному, затем нужно постепенно уменьшать разбавление и увеличивать концентрацию свекольного сока. Также, можно пить очищенную воду, зеленый чай, чай со смородины, калины или малины, отвар из шиповника.)
3. Провести беседу о профилактики травматизма, ведения ЗОЖ.
4. Контроль температуры в помещении (18- 20).
5. Проведение влажной уборки (не менее 2 раз в день), проветривание помещения (не менее 4 раз в день), кварцевание.
6. Смена нательного, постельного белья.
7. Выполнить назначения врача.

Острый лимфобластный лейкоз – это злокачественное заболевание системы кроветворения, состоящее в появлении опухолевого клона из клеток линий лимфоидной дифференцировки, составляющего не менее 25% от других ядерных клеточных элементов.Диагностика:Общий клинический (развернутый) анализ крови с обязательным цитологическим исследованием мазков рекомендуется у всех пациентов с подозрением на ОЛЛ.Рентгенография грудной клетки в прямой и правой боковой проекции рекомендуется у всех пациентов с подозрением на ОЛЛ.Компьютерная томография органов грудной полостиУЗИ брюшной полости и забрюшинного пространстваПроведение КТ/МРТ головного мозга.Лечение:Можно выделить четыре основных направления терапии. 1. Специфическая химиотерапия, направленная на достижение и закрепление ремиссии заболевания. Состоит из нескольких этапов, различна для лимфобластного и миелобластного лейкозов.
2. Сопроводительная поддерживающая терапия, проводимая для снижения интоксикации при лизисе опухолевого субстрата и уменьшения побочных токсических эффектов химиопрепаратов.
3. Заместительная терапия, необходимая при угрожающей тромбоцитопении и тяжѐлой анемии.
4. Трансплантация красного костного мозга и стволовых кроветворных клеток. В настоящее время общепризнанным является комплексный метод лечения заболевания.Арсенал противолейкозных средств составляют препараты 6 фармакологических групп:
* антиметаболиты (метотрексат, 6-меркаптопурин, цитозин-арабинозид); алкилирующие соединения (циклофосфан, ми-лосан);
* алкалоиды растений (винкристин);
* ферментные препараты (L-аспарагиназа);
* противоопухолевые антибиотики (рубомицин);
* гормоны (преднизолон).

**Уход:**1. Особое значение в уходе за больными имеет создание асептических условий и лечебно-охранительного режима.
2. Больного помещают в бокс с экранированными бактерицидными лампами для стерилизации воздуха. Перед входом в него медперсонал обязан обработать обувь о коврик, смоченный дезинфектантом, одеть бахилы, маску, дополнительный халат.
3. Три раза в сутки осуществляется влажная уборка помещения с последующим проветриванием. Не реже одного раза в неделю проводят генеральную уборку с применением дезинфектанта.
4. Для предупреждения развития инфекционных осложнений важно удалить микробную флору с поверхности кожи. Если позволяет состояние, больным ежедневно проводят гигиеническую ванну или обмывают кожу мылом, содержащим йодные соединения, действующие на грамотрицательную флору. Уход за кожей должен быть щадящим: запрещаются горячие ванны и душ, вместо жестких мочалок используют мягкие губки или фланелевые варежки.
5. Смена нательного и постельного белья проводится ежедневно. При поражении кожи выдается стерильное белье.
6. Уход за полостью рта требует особого подхода: при набухших, разрыхленных, кровоточащих деснах больным не разрешается чистить зубы щеткой. Заменяют эту процедуру полосканием рта или орошением слизистой 1—2% раствором натрия бикарбоната, фурациллина, отварами шалфея, ромашки, смазыванием 1—2% водным раствором анилиновых красителей, натрия бората в глицерине. Обрабатывают полость рта утром натощак и после каждого приема пищи.
7. Диета больных острым лейкозом должна быть высококалорийной с увеличением в 1,5 раза количества белка по сравнению с возрастной нормой, богатой минеральными веществами и витаминами. При назначении глюкокортикоидов рацион обогащается солями калия. Больным с цитопеническим синдромом для нормализации кишечной флоры рекомендуется биолакт, кефир, ацидофилин.
8. Медсестра должна знать и выполнять правила переливания крови и ее препаратов, уметь обеспечить уход за центральным венозным катетером, готовить оснащение и оказывать помощь врачу в проведении костно- и спинномозговой пункции, трепанации черепа и др.;
9. Проводить с родителями и детьми работу по профилактике травматизма;
10. Учитывая психологическую и физическую травматичность схем лечения, необходимо готовить ребенка и родителей к тем или иным процедурам, вести тщательное наблюдение за детьми после выполненной манипуляции.
11. Выполнять назначения врача.
12. Контроль за состоянием ребенка – АД; ЧСС; ЧДД; Температура; Судорог (Если появились нужно не медленно вызвать врача, приготовить противосудорожные препараты, огородить ребенка что бы не было травмитизации.)

Идиопатическая тромбоцитопения – нарушением свертываемости крови, вызванным тромбоцитопенией, не связанной с системными заболеваниями. Как правило, оно имеет хроническое течение у взрослых, но часто острое и преходящее у детей. Размер селезенки является нормальным при отсутстви другого основного заболевания. При диагностике другие расстройства необходимо исключить на основе выборочных тестов. Лечение включает кортикостероиды, спленэктомию, иммунодепрессанты и препараты из группы агонистов рецепторов тромбопоэтина. В случае кровотечения, угрожающего жизни, необходимо назначить переливания тромбоцитов, кортикостероиды внутривенно, внутривенно анти-D иммунноглобулин, или внутривенно иммунный глобулин может использоваться индивидуально или в сочетании.В период геморрагического криза показаны обязательная госпитализация, постельный режим и безаллергенная диета. Медикаментозное лечение направлено на: * укрепление стенки тромбоцитов для увеличения их резистентности (рибоксин, фолиевая кислота);
* улучшение адгезивно-агрегационной функции тромбоцитов (адроксон, аминокапроновая кислота, этамзилат);
* при выраженном геморрагическом синдроме («влажной пурпуре») применяют кортикостероидные гормоны, переливание тромбоцитарной массы.

Терапия иммунных форм тромбоцитопении состоит из применения кортикостероидных гормонов, SRK-иммуноглобулина. При неполном и нестабильном эффекте лечения гормонами в течение 3—4 месяцев ставится вопрос о спленэктомии или назначении иммунодепрессантов. Лечение приобретенных форм тромбоцитопении не иммунного генеза состоит в терапии основного заболевания. Симптоматическое лечение геморрагического синдрома включает применение местных и общих гемостатических средств. Показано применение E-аминокапроновой кислоты, дицинона. Хорошим эффектом обладает плазмоферез. Местно при кровотечениях применяют гемостатическую и желатиновую губку, тромбин, амииокапроновую кислоту, адроксон. Больным рекомендуются фитотерапия (тысячелистник, пастушья сумка, крапива, зверобой, земляника, шиповник, кукурузные рыльца), арахис.* Так же медсестра должна: Выполнять назначения врача, Контроль за состоянием ребенка – АД; ЧСС; ЧДД; Температура. Смена нательного и постельного белья. При поражении кожи выдается стерильное белье. Контроль температуры в помещении (18- 20).Проведение влажной уборки (не менее 2 раз в день), проветривание помещения (не менее 4 раз в день), кварцевание. Проведение беседы с мамой о заболевании, правильном питании, уходе за ребенком в период болезни.

Составьте чек листы следующих манипуляций:* Забор крови для биохимического анализа

Забор крови для биохимического анализа, как правило, проводят натощак (нельзя принимать пищу и пить жидкости за 6-12 часов). Из жидкости не следует употреблять соки, молоко, алкоголь, сладкий чай или кофе, можно пить воду. Любые продукты влияют на показатели крови, они могут привести к неверным данным, что может повлечь за собой неправильное лечение. Кровь для данного анализа берется из вены.**Цель:** забор крови на биохимический анализ.**Оснащение:** стерильный лоток, ватные шарики 4-5 штук, полотенце, этиловый спирт 70°, стерильные салфетки, жгут, валик, шприц 10-20 мл, емкости для дезинфекции, набор "Анти-СПИД", перчатки, маска, штатив, стерильные пробирки с крышками.**Алгоритм действий:**1. Объясните пациенту/маме ход предстоящей манипуляции.
2. Усадите или уложите пациента так, чтобы рука для выполнения внутривенной инъекции была в разогнутом состоянии, ладонью вверх.
3. Положите под локоть валик.
4. Вымойте руки, наденьте стерильные перчатки.
5. Наложите жгут на 5 см выше локтевого сгиба через полотенце или одежду пациента.
6. Попросите пациента поработать кулаком.
7. Обработайте перчатки шариком со спиртом.
8. Обследуйте локтевой сгиб, найдите подходящую для пункции вену.
9. Обработайте локтевой сгиб дважды спиртовыми шариками - от периферии к центру.
10. Фиксируйте вену локтевого сгиба натяжением кожи, с помощью большого пальца левой руки.
11. Правой рукой со шприцем, иглой срезом вверх и параллельно коже делайте прокол на 1/3 длины иглы и осторожно пунктируйте вену, пока не ощутите «попадание в пустоту».
12. Убедитесь, что игла в вене - потяните поршень на себя - в шприце должна появиться кровь.
13. Наберите нужное количество крови (5-10 мл) в шприц.
14. Снимите жгут, предложите пациенту разжать кулак.
15. Извлеките иглу, прикройте место пункции марлевым шариком, смоченным спиртом.
16. Предложите пациенту согнуть руку в локтевом суставе на 5 мин.
17. Использованную иглу при помощи иглосъемника снимите и поместите в контейнер для острых и режущих предметов (контейнер желтого цвета). Необходимо знать, что эритроциты крови могут быть повреждены при выпуске крови из шприца через иглу и это вызовет их гемолиз.
18. Затем осторожно, по стеночке выпустите кровь из шприца в промаркированную стерильную пробирку (находящуюся на штативе) и закройте её. Следить, чтобы кровь не пенилась при быстром наполнении пробирки. Это приведет к гемолизу крови в пробирке.
19. Поместите использованный шприц в контейнер для дезинфекции.
20. Убедитесь в хорошем самочувствии пациента.
21. Снимите перчатки и сбросьте их в емкость для дезинфекции.
22. Зарегистрируйте сведения о пациенте в журнале указав:
* диагноз;
* регистрационный номер;
* номер истории болезни;
* отделение, палата;
* Ф. И. О. (полностью);
* пол;
* возраст;
* домашний адрес;
* дата забора крови;
* дата доставки материала;
* фамилию лица, забравшего материал.
1. Подготовьте промаркированные пробирки к транспортировке в соответствующую лабораторию в вертикальном положении, в специальном контейнере.
2. Отдельно упакуйте направления (номер пробирки должен совпадать с номером направления) и сводное сопроводительное направление.
3. В случае нарушения целостности пробирки все замочите в дезинфицирующем растворе (пробирка с остатками крови) согласно инструкции.

**ЗАБОР КРОВИ СИСТЕМОЙ ВАКУУМНОГО ЗАБОРА КРОВИ Vacuette**1. Пригласил и проинформировать пациента, получил согласие на проведение процедуры.
2. Провел гигиеническую обработку рук, надел маску, перчатки.
3. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом. Смочил ватные шарики спиртосодержащим антисептиком.
4. Собрал систему вакуумного забора крови Vacuette.
5. Удобно усадил или уложил пациента. Положил клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту.
6. Наложил венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. Попросил пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми.
7. Пропальпировал вены локтевого сгиба пациента, надел очки. Обработал перчатки спиртосодержащим антисептиком.
8. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле. Обработал другим ватным шариком место инъекции (вкола).
9. Провел пунктирование вены. Вставил пробирку в держатель до упора. Ослабил жгут, как только кровь начала поступать в пробирку.
10. Извлек пробирку после прекращения тока крови из держателя. Вынул держатель с иглой из вены, предварительно приложив к месту венепункции ватный шарик, или спиртовую салфетку. Пробирку поставил в штатив.
11. Вакутейнер сбросил в контейнер для сбора колюще-режущих изделий, класса «Б», ватные шарики сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б», пинцет и лоток погрузил в емкостидля дезинфекции, обработал очки, жгут.
12. Снял перчатки, маску, сбросил в емкость для сбора отходов класса «Б». Провел гигиеническую обработку рук.
* Подготовка к капельному введению лекарственных веществ
1. Пригласил и проинформировал пациента/родственника/маму, выяснил аллергоанамнез, получил согласие на проведение процедуры
2. Провел гигиеническую обработку рук. Надел маску, надел перчатки.
3. Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом.
4. Смочил ватные шарики спиртсодержащим антисептиком.
5. Подготовил лекарственный препарат (проверил срок годности лекарственного средства, целостность флакона)
6. Обработал ватным шариком наружную крышку флакона с лекарственным средством. Нестерильным пинцетом вскрыл центральную часть металлической крышки флакона и обработал резиновую пробку флакона вторым ватным шариком.
7. Проверил целостность упаковки и срок стерильности системы для инфузии. Вскрыл пакет с системой, взял ее в руки.
8. Закрыл зажим на системе, снял колпачок с иглы для флакона, ввел иглу до упора во флакон.
9. Перевернуть флакон вверх дном и закрепил на штативе, открыл воздуховод. Заполнил баллон системы до середины при помощи нажатия на него.
10. Снял инъекционную иглу с колпачком, положил в стерильный лоток.
11. Открыл зажим и заполнил капельницу по всей длине жидкостью до полного вытеснения воздуха (над лотком).
12. Закрыл зажим, присоединил инъекционную иглу с колпачком, вытеснил воздух через иглу, не снимая колпачка.
13. Зафиксировал систему на штативе.
14. Удобно уложил пациента. Положил клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту.
15. Наложил венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба. Попросил пациента 5 -6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми.
16. Пропальпировал вены локтевого сгиба пациента. Выбрал наиболее наполненную и наименее смещающуюся подкожную вену.
17. Надел очки. Обработал перчатки спиртсодержащим антисептиком.
18. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле. Обработал другим ватным шариком место инъекции.
19. Большим пальцем зафиксировал вену, ниже места венепункции. Ввел иглу в вену. Убедился, что игла в вене.
20. Ослабил жгут, открыл зажим капельницы, убедился, что игла в вене и лекарство не поступает под кожу.
21. Закрепил систему лентой лейкопластыря. Отрегулировал скорость поступления лекарственного средства.
22. В течение инфузии следит за самочувствием пациента.
23. После завершения инфузии обработал руки, надел перчатки, закрыл зажим, убрал лейкопластырь, к месту пункции приложил ватный шарик и извлек иглу.
24. Попросил пациента согнуть руку в локтевом суставе на 3-5 минут.
25. Использованную иглу сбросил в иглосъемник. Использованные системы для инфузии, ватные шарики поместил в ѐмкость для сбора отходов класса «Б».
26. Пустые ампулы собрал в емкость для сбора отходов класса «А» (кроме вакцин, антибиотиков – отходы класса «Б», цитостатики - отходы класса «Г»).
27. Использованный жгут, клеенчатую подушечку и очки обработал тканевыми салфетками, смоченными дезинфицирующим раствором.
28. Использованные лотки и пинцет поместил в соответствующие ѐмкости для дезинфекции.
29. Снял перчатки, маску, поместил в ѐмкость для сбора отходов класса «Б».
30. Провел гигиеническую обработку рук.
* Внутривенное струйное введение лекарственных веществ

1. Набрать в шприц назначенное количество препарата (строго соблюдать точность дозировки);2. Добрать в шприц к назначенной дозе до 10-20мл. изотонического р-ра (0,9% NaCl).3. Вводить медленно в течение 5-6 минут, следить за состоянием пациента, т.к. при быстром введении препарата может развиться шок.При капельном введении препарата необходимо знать:1. Набрать в шприц назначенную дозу препарата (соблюдать точность дозировки);
2. Ввести препарат во флакон со 100-200 мл. изотонического раствора(0,9% NaCl);
3. Вводить медленно, капельно, следя за состоянием пациента.

**Осложнения**1. Гематома (подкожное кровоизлияние).
2. Воздушная эмболия.
3. Флебиты.
4. Прокол вены и попадание раствора подкожно.
5. Шок.
6. Аллергические реакции.
7. Токсические реакции.
8. Пирогенные реакции: озноб, высокая температура, головная боль.
9. Тромбирование вены.

**Помощь при осложнениях**1. Прекратить введение препарата, закрыв зажим.
2. Срочно вызвать врача, не отходя от пациента.
3. Оказать помощь по назначению врача.
* Дезинфекция и утилизация одноразового инструментария

*Дезинфекция медицинского* инструментария одноразового пользования:После процедуры инструментарий не разбирая необходимо поместить в емкость для дезинфекции, с дезинфицирующим раствором положенной концентрации, экспозиция 1 час. После экспозиции одноразовый инструментарий прополаскивается под проточной водой , и собирается в пакеты для отходов класса “Б” желтого цвета, помещается в емкость и отправляется на утилизацию. Колющие и режущие предметы обрабатываются в твердой емкости (бутылка,банка) затем дезинфицирующий раствор сливается в канализацию, а инструменты не промывая и не перекладывая в другую емкость ,помещаем так же в пакет желтого цвета, и отправляем на утилизацию.Дезинфекция медицинского инструментария многоразового пользования:После использованияпомещаем в емкость с дезинфицирующим средством необходимой концентрации, экспозиция 1 час. Затем инструменты промываются под проточной водой до исчезновения запаха дезинфицирующего средства. После промывания инструменты помещаются в емкость с моющим раствором, подогретым до 50 градусов. Затем идет этап предстерилизационной обработки инструментария.* Подготовка материала к стерилизации

***I. Подготовка и укладка стерилизационных коробок*(биксов)*****Цель:***обеспечение условий стерилизации в паровых стерилизаторах, хранения и использование стерильных изделий медицинского назначения.***Показания:***подготовка к стерилизации.***Противопоказания:***не подлежат паровой стерилизации изделия, содержащие оптику, режущие инструменты.***Оснащение:***коробки стерилизационные с фильтром (КФ) и без фильтра (КС) разной ёмкости и формы, 0.5% раствор нашатырного спирта, марлевая салфетка, пеленка, многопеременный индикатор, бирка клеёнчатая или картонная, стерилизуемый материал, мешок для транспортировки биксов.***Необходимые условия:**** изделия медицинского назначения должны пройти дезинфекцию и предстерилизационную очистку и должны быть сухими;
* бикс заполняется на 70% объема;
* фильтр в коробке стерилизационной меняется через 60 циклов стерилизации.

Алгоритм манипуляции:

|  |  |
| --- | --- |
| **Этапы** | **Обоснование** |
| **1. Подготовка к процедуре** |
| Подготовить материал к укладке:бельё сосчитать и сложить в форме плоских пакетов;салфетки сложить стопками;шарики завязать в марлевую салфетку;шприцы уложить в отдельные пакеты в разобранном виде (поршень, цилиндр, две иглы);резиновые перчатки пересыпать тальком, каждую пару завернуть отдельно, проложив марлю или бумагу между правой и левой перчаткой;катетеры и зонды, газоотводные трубки упаковать отдельно в салфетку или конверт из хлопчатобумажной ткани;сложить хирургический халат тесёмками внутрь, изнанкой наружу, свернуть продольно несколько раз. | Эффективность проведения манипуляции. |
| 1.2. Проверить герметичность и исправность бикса. | Обеспечение герметичности бикса после стерилизации. |
| 1.3. Протереть все поверхности бикса 0,5% раствором нашатырного спирта. | Для снятия жировой оболочки. |
| 1.4. Определить вид укладки:видовая;целевая (целенаправленная);универсальная. | Вид укладки зависит от профиля и объема работы медсестры. |
| 1.5. У бикса без фильтра открыть круговые отверстия на боковой стороне передвижением пояса и закрепить его в этом положении. | Для прохождения пара. |
| **2. Выполнение процедуры** |
| 2.1. Выстелить бикс изнутри полотняной пеленкой из хлопчатобумажной ткани. | Создается дополнительный барьер препятствующий проникновению микроорганизмов. |
| 2.2. Уложить материал и изделия рыхло, вертикально, послойно, секторально и параллельно движению пара. | Рыхлая укладка обеспечивает свободное проникновение пара и надёжную стерилизацию. Вертикальная и послойно секторальная укладка обеспечивает возможность найти нужное не нарушая порядок укладки. |
| 2.3. Поместить соответствующий многопеременный внутренний индикатор (при видовой и целевой укладке в бикс помещают не менее трех индикаторов, при секторальной закладке – не менее одного в каждый сектор). Для удобства извлечения индикатора из середины изделий после стерилизации рекомендуется его наклеивать на полоску писчей бумаги размером 20x150 мм. | Обеспечение контроля качества стерилизации: изменение цвета индикаторной метки в соответствии с эталоном. |
| 2.4. Уложенный материал накрыть пеленкой, выстилающей бикс. | Создается дополнительный барьер препятствующий проникновению микроорганизмов. |
| **3. Окончание процедуры** |
| 3.1. Закрыть крышку бикса. Закрепить её металлическими держателями. | Для сохранения герметичности стерильного бикса. |
| 3.2. Привязать к ручке бикса бирку и заполнить её. | Обеспечение информации при работе с биксом и личной ответственности. |
| 3.3. Доставить бикс в ЦСО в мешке из плотной ткани (мешок подлежит стерилизации в ЦСО). | Предупреждение инфицирования бикса из окружающей среды. |

***Образец бирки***

|  |
| --- |
| Отделение (подразделение) вид укладки. |
| Укладка | Стерилизация | Вскрытие |
| Дата | Подпись | Дата | Подпись | Дата | Время | Подпись |
|  |  |  |  |  |  |  |

***II. Подготовка и укладка комбинированного (пленочно-бумажного) самоклеющегося пакета******Цель*:** обеспечение условий стерилизации в паровых, воздушных стерилизаторах (и других, согласно инструкции), хранение и использование стерильных изделий медицинского назначения.***Показания:***подготовка к стерилизации.***Противопоказания:***согласно инструкции к применению комбинированного самоклеющегося пакета и парового стерилизатора.***Оснащение:***комбинированные самоклеющиеся пакеты, стерилизуемый материал, марлевые салфетки, многопеременный индикатор, стерилизуемый материал, мешок для транспортировки.***Необходимые условия:**** изделия медицинского назначения должны пройти дезинфекцию и предстерилизационную очистку и должны быть сухими;
* использовать пакеты для упаковывания материала на стерилизацию в пределах срока годности(пригодность пакетов для стерилизации исчисляется с даты производства и до даты определенной инструкцией);
* хранить пакеты до стерилизации следует согласно инструкции.

Алгоритм манипуляции:

|  |  |
| --- | --- |
| **Этапы** | **Обоснование** |
| **1. Подготовка к процедуре** |
| 1.1. Прочитать инструкцию по применению комбинированных самоклеющихся пакетов. | Эффективность проведения манипуляции. |
| 1.2. Проверить срок годности пакетов, условия хранения, целостность. |
| 1.3. Подготовить материал к укладке (для предотвращения повреждения упаковок колющими и режущими инструментами их рабочие части обертывают чистыми марлевыми или бумажными салфетками). | Эффективность проведения манипуляции и предотвращение разгерметизации пакета. |
| 1.4. Выбрать пакет соответствующего размера. | Предотвращение разгерметизации пакета во время стерилизации. |
| **2. Выполнение процедуры** |
| 2.1. Заполнить пакеты стерилизуемым материалом не более чем на 3/4 их объема (в длину и в ширину), при этом изделия размещают рабочей частью в открытую сторону пакета (сторона наполнения). Уложить внутрь индикатор или не укладывать в зависимости от инструкции. | Эффективность проведения манипуляции и предотвращение разгерметизации пакета во время стерилизации. |
| 2.2. Удалить как можно больше воздуха путем проглаживания рукой в направлении от закрытого конца к открытому. | Эффективность проведения манипуляции. |
| 2.3. С клеевого слоя снять защитную бумажную полоску, перегнуть по перфорированной линии выступающий бумажный край пакета и плотно прижать к прозрачной стороне пакета, надавливая от центра к краям. | Обеспечение герметичности пакета. |
| 2.4. Промаркировать пакеты способом принятым в данной медорганизации. | Обеспечение информации при работе. |
| **3. Окончание процедуры** |
| 3.1. Доставить пакеты в ЦСО в мешке из плотной ткани (мешок подлежит стерилизации в ЦСО). | Предупреждение инфицирования пакетов из окружающей среды. |

* Оценка клинического анализа мочи

В анализе мочи оцениваются следующие показатели в сопоставлении с нормой:1. цвет – соломенно-желтый;
2. запах – без запаха;
3. прозрачность – прозрачная;
4. плотность – значения относительной плотности колеблются в зависимости от возраста ребенка и до 1 года составляют 1002 – 1006, до 2 лет 1006 – 1012, в 3-5 лет – 1010-1020, в 7-8 лет – 1008 – 1025;
5. реакция мочи – рН составляет 4,5 – 8,0;
6. эритроциты – не более 0 – 1 в п/з;
7. лейкоциты – не более 0 – 6 в п/з;
8. белок – не более 0,002 г/л или 0,033 %;
9. сахар – отсутствует;
10. кетоновые тела – отсутствуют;
11. бактерии – отсутствуют;
12. слизь – слизь в моче появляется при неправильно собранном анализе мочи или при повышенном количестве солей;
13. билирубин – отсутствует;
14. цилиндры – не более 1 – 2 в п/з;
15. эпителий – наличие плоского и цилиндрического эпителия в осадке мочи в небольшом количестве является нормой;
16. соли – если в анализе мочи обнаруживаются соли и при этом нет других отклонений, то такой анализ можно считать неинформативным.

**Анализ мочи №8**Дата 5 05 2020г.Краевая клиническая детская больницаОтделение онкогематологииФ.И.О. Петрова Н.И. 7 летКоличество 50 млЦвет – мясных помоевПрозрачность - неполнаяОтносительная плотность 1021Реакция – слабокислаяБелок – 0,75 г/лГлюкоза – нет**Микроскопия осадка:**Эпителий –сплошь в поле зренияЛейкоциты – 10 – 20 в поле зренияЭритроциты – сплошь в поле зренияЦилиндры – 3 – 5 в поле зренияБактерий – нетСоли – нет**ТЕСТ**1. Б
2. А
3. Б
4. А
5. Г
6. В
7. Б
8. Г
9. А
10. А
11. В
12. В
13. А
14. Б
15. Б
16. А
17. А
18. В
19. Б
20. А
21. А
22. В
23. В
24. В
25. А
26. Б
 |  |  |