

Алгоритмы и стандарты сестринских манипуляционных технологий по дисциплине "Основы интенсивной терапии и ранней реабилитации"

АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕНИЯ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ

Сбор системы одноразового применения, заполнение системы лекарственным средством

1. Подготовка рук к процедуре. Вымыть руки по алгоритму, этим обеспечивается инфекционная безопасность.
2. Подготовить стерильный лоток, салфетки, дежурный инструмент, системы для внутривенных вливаний, штатив, лекарственное вещество, тем самым обеспечивается возможность проведения процедур.
3. Проверить пригодность растворов к применению, прозрачность, срок годности, цвет, название, концентрацию.
4. Приготовить руки к работе.
5. Обработать спиртовым шариком металлическую упаковку флакона, обеспечивается предотвращение попадания микроорганизмов.
6. Вскрыть центральную часть металлической упаковки флакона дежурным инструментом.
7. Обработать пробку флакона спиртовым шариком.
8. Взять пакет с системой, проверить его герметичность, срок годности. Обработать место вскрытия пакета спиртовым шариком и вскрыть пакет дежурным инструментом (ножницами).
9. Стерильным пинцетом выложить стерильную систему одноразового использования на стерильную поверхность лотка.
10. Стерильным пинцетом взять воздуховод, снять колпачок с иглы и ввести иглу до упора в пробку флакона, закрепить воздуховод резинкой вдоль флакона.
11. С иглы, расположенной ближе к капельнице, снять колпачок и ввести иглу в пробку флакона.
12. Закрывать зажим на системе.
13. Перевернуть флакон и закрепить его на штативе.
14. Снять стерильным пинцетом вместе с колпачком инъекционную иглу и положить ее на стерильную поверхность рабочего лотка.
15. Придать капельнице горизонтальное положение, открыть зажим и заполнить капельницу до половины.
16. Закрывать зажим, опустить капельницу в вертикальное положение. Фильтр должен быть полностью погружен в жидкость для переливания.
17. Открыть зажим, заполнить систему до полного вытеснения воздуха, направляя струю раствора в лоток для медотходов, находящийся на рабочем столе.
18. Закрывать зажим, присоединить инъекционную иглу с колпачком и укрепить систему на штативе.
19. Проверить отсутствие пузырьков воздуха в системе и проходимость иглы.

Подключение системы к вене пациента

- Обработайте руки по алгоритму, наденьте маску.
- Приготовьте: жгут, стерильный лоток, стерильные салфетки.
- Предупредите пациента о предстоящей процедуре, сообщите ему необходимую информацию о лекарственном препарате, спросите о его переносимости.

Обработайте перчатки спиртовым шариком.

Попросите пациента принять удобное положение лежа.

- Приготовьте руку пациента к венопункции: положите под руку клеенку, клеенчатую подушечку; положить жгут; обработайте место инъекции большей площадью первым спиртовым шариком, шарик поместите в лоток для медотходов; к месту венопункции положите стерильную салфетку.

Обработайте непосредственно место инъекции вторым шариком.

Смените инъекционную иглу у системы, удалите колпачок.

Возьмите иглу в правую руку срезом вверх и выполните венепункцию по алгоритму, должна появиться капля крови.

- Развяжите жгут.
- Откройте зажим системы, с появлением капель раствора из канюли присоедините систему к игле.
- Загрязненную кровью салфетку поместите в лоток для медотходов.
- Зафиксируйте иглу на канюле к коже лейкопластырем или бинтом.
- Место венепункции прикройте стерильной салфеткой.

Отрегулировать скорость введения раствора зажимом (40-60 капель в минуту).

Спросить пациента о самочувствии.

Вести постоянное наблюдение за состоянием пациента.

Дополнительное введение

Лекарственных веществ в вену во время капельного вливания

Приготовьте руки к манипуляции по алгоритму.

Соберите стерильный шприц, наберите в него нужное количество лекарственного вещества.

Смените иглу, приготовьте шприц для инъекции на стерильном лотке.

Закройте зажим системы, спиртовым шариком обработайте резиновую трубку системы.

Проколите резиновую трубку иглой шприца и введите в систему лекарственное вещество из шприца.

Выведите иглу, откройте зажим и отрегулируйте скорость капель.

Смена флакона с раствором в системе внутривенного капельного вливания

Приготовьте новый флакон с раствором, обработайте его по всем правилам асептики, закрепите на штативе.

Закройте зажим системы, при этом капельница должна быть заполнена наполовину, стерильной салфеткой извлеките иглу системы и переколите ее в противоположный флакон.

Извлеките воздуховод, введите его в подготовленный флакон, закрепите его на флаконе резинкой.

Медленно открывая зажим системы, отрегулируйте скорость капель.

Использованный флакон снимите со штатива. В нем обязательно должно остаться небольшое количество раствора.

Завершение манипуляции внутривенного капельного вливания

Когда во флаконе остается небольшое количество раствора, закройте зажим системы.

Отсоедините лейкопластырь.

Прижмите место инъекции спиртовым шариком площадью трех пальцев и извлеките иглу.

Зафиксируйте спиртовой шарик в месте венепункции стерильной салфеткой и бинтом.

Спросите пациента о самочувствии.

Иглы, шприцы, системы проходят этапы дезинфекции согласно стандартам.

Медотходы подвергаются дезинфекции и утилизации.

Подготовка и выполнение внутривенных капельных инфузий

- подготовить руки по алгоритму
- стерильным пинцетом, находящимся сверху в биксе, достать укладку с ватными шариками и выложить ее на манипуляционный стол;
- из флакона увлажнить 2-3 шарика 70% спиртом или другим спиртосодержащим кожным антисептиком и тщательно обработать кожу рук в течение 2-3 минут; Время обработки зависит от антисептика.
- использованные шарики выбросить в емкость для мусора с маркировкой «Отходы класса Б»;

- из бикса пинцетом последовательно достать и собрать на манипуляционном столе чашку Петри.

налить в чашку Петри 70% этиловый спирт;

- вскрыть наружный колпачок флакона с инфузионным раствором; стерильный ватный шарик увлажнить спиртом и обработать внутреннюю пробку флакона с инфузионным раствором;

- приготовить лейкопластырь индивидуально для больного;
 - вскрыть наружную упаковку инфузионной системы,
 - ввести в пробку иглу с короткой трубкой и фильтром;
- ввести в пробку иглу с длинной трубкой;
- закрыть зажим на длинной трубке;
 - перевернуть флакон вверх дном и подвесить на стойке на высоте 1.5-2м;
 - конец длинной трубки с канюлей поднять вверх и заполнить инфузионную систему на одну треть;
 - перевернуть систему в рабочее положение;
 - медленно заполнить нижний отрезок системы до вытекания раствора из канюли так, чтобы не было пузырьков воздуха в системе;
 - надеть иглу с защитным колпачком;
 - обработать руки в перчатках спиртом;
 - обработать локтевой сгиб пациента;
 - провести венепункцию (обработка локтевого сгиба описана выше);

открыть зажим;

- убедиться, что раствор идет в вену;
- отрегулировать скорость инфузии;
- фиксировать канюлю иглы к коже лейкопластырем;
- прикрыть иглу стерильной салфеткой;

После завершения инфузии:

закрыть зажим;

вынуть иглу из вены;

прижать к месту вкола стерильный ватный шарик со спиртом;

отстричь на расстоянии 20см от иглы трубку системы;

поместить иглу с отстриженной частью трубки в емкость с дезинфицирующим раствором;

вымыть руки в перчатках с мылом под проточной водой по технологии мытья рук;

высушить салфеткой;

обработать шариком со спиртом.

При выполнении инфузии в палате сестра должна иметь с собой стерильный лоток, чашку Петри с ватными шариками(4 штуки) смоченными 70% спиртом, жгут, валик, лоток класса «В»

АЛГОРИТМ ВЫПОЛНЕНИЯ ВНУТРИВЕННОЙ ИНЪЕКЦИИ

вымыть руки по алгоритму

обработать шариком со спиртом;

использованный шарик выбросить в пакет белого цвета (отходы класса Б);

прочитать надпись на флаконе или ампуле (наименование, доза, срок годности);

если лекарственное вещество в ампуле – обработать ампулу, надпилить шейку ампулы и обработать ещё раз шариком со спиртом; вскрыть ампулу;

использованные шарики выбросить в пакет белого цвета (отходы класса Б);

вскрыть в указанном месте упаковку со шприцом, надеть иглу;

снять защитный колпачок;

набрать в шприц лекарственный препарат из ампулы;

выпустить через иглу одну-две капли раствора;
смочить спиртом 2 шарика;
провести венепункцию (обработка локтевого сгиба описана выше);
потянуть поршень шприца на себя, убедиться, что игла в вене;
переложить шприц в левую руку, а 2-м и 3-м пальцами правой руки держать цилиндр, 1-м, надавливая на поршень, медленно ввести лекарственный препарат, оставляя в шприце небольшое количество раствора с пузырьками воздуха;
приложить к месту вкола левой рукой шарик со спиртом;
извлечь правой рукой иглу из вены;
согнуть руку пациента в локтевом суставе и оставить в таком положении на несколько минут; осторожно, предупреждая разбрызгивание крови, вылить содержимое шприца в одну или несколько пробирок.
использованный шприц с иглой подлежит дезинфекции сразу после процедуры;

Возможные осложнения при внутривенных инъекциях

1. Воздушная эмболия правильная подготовка шприца к инъекции (вытеснить воздух из шприца и иглы); не вводить все лекарственное вещество до конца (в шприце должно остаться 0,5-1 мл); вытеснить воздух из системы, подсоединить иглу к системе только при открытом зажиме.

2. Некроз

введение растворов строго внутривенно; немедленное прекращение введения раствора при появлении жжения, боли в месте инъекции, даже если игла находится в вене; при извлечении иглы важно прижатие места инъекции спиртовым шариком площадью трех пальцев, особенно если вводилось раздражающее лекарственное средство; разведение раздражающих растворов достаточным количеством жидкости 0,9% физ. раствор, 5% раствор глюкозы

3. Гематома

достаточная фиксация иглы в вене; по окончании введения прижатие места венепункции спиртовым шариком площадью 3 пальцев на 15-30 секунд; передать пациенту под пальцы шарик и предложить согнуть руку в локтевом суставе на 3-5 минут

4. Флебит _использовать одноразовый инструментарий (острые иглы);

чередовать вены; разведение раздражающих лекарственных средств достаточным количеством жидкости.

5. Инфильтрат _соблюдение правил асептики;

введение растворов строго внутривенно

6. Сепсис _соблюдение правил асептики;

использование стерильных растворов

7. Аллергические реакции

учитывать аллергологический анамнез; не допустить самовольного назначения медсестрой лекарственных препаратов; наблюдение за состоянием пациента и прекращение введения при появлении первых симптомов аллергии; обязательное наличие укладки для оказания неотложной помощи

8. Заражение вирусным гепатитом, ВИЧ-инфекцией

строгое, педантичное соблюдение и выполнение этапов дезинфекции; работа в перчатках, стерильным инструментарием

АЛГОРИТМ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ВЕНЫ «ВАЗОКАНОМ»

Применяется для проведения длительной инфузии и для более свободного положения пациента в постели при инфузии.

1. Подготовка к процедуре.

1.Сообщите пациенту необходимую информацию о предстоящей процедуре.

2.Расскажите о лекарственном препарате, который будут вводить пациенту.

3. Заполните систему для капельного вливания.
4. Помогите пациенту занять комфортное положение.
5. Проверьте целостность упаковки канюли и срок годности.
6. Подготовить руки по алгоритму
7. Наденьте стерильные перчатки.
8. Обработайте кожу в месте инъекции двумя шариками со спиртом.

II. Выполнение процедуры.

1. Обработайте упаковку дезинфектантом
2. Вскройте упаковку с канюлей.
3. Возьмите канюлю «трехточечным прихватом», то есть большим пальцем за опорной пластиной или пробкой, вторым и третьим пальцами - за переднюю кромку язычков.
4. Проколите кожу и вену обычным способом - в камеру индикатора потечет кровь; на конце камеры имеется пробка, которая предотвращает вытекание крови из канюли.
5. Придерживая стальную часть канюли на месте, осторожно введите тefлоновый катетер в сосуд.
6. Прижмите пальцем катетер и полностью извлеките стальную иглу.
7. Присоедините к канюле заполненную систему с лекарственным средством.
8. Закрепите эластичные язычки к канюле на коже лейкопластырем.
9. Отрегулируйте скорость инфузии.

III. Окончание процедуры.

1. Отсоедините систему по окончании капельного вливания.
2. Закройте канюлю пробкой, если пациенту предстоит повторная инфузия или внутривенная инъекция.
3. Спросите пациента о самочувствии.
4. Система проходит этапы дезинфекции согласно стандартам.
5. Медотходы подвергаются дезинфекции и утилизации.

Примечание: если предполагается оставить канюлю на сутки и более - обязательно наложение согревающего компресса поверх канюли для предупреждения развития флебита.

АЛГОРИТМ РАБОТЫ С КАТЕТЕРОМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ВЕНЫ

Инфузия через катетер центральных вен является одним из наиболее сложных форм инфузионной терапии. Пункция центральной вены (подключичная, бедренная, внутренняя яремная) и последующая работа таят в себе грозные осложнения: воздушная эмболия; бактериальный сепсис; восходящий тромбофлебит; тромбоз.

При длительном пребывании катетера в центральной вене необходимо: строго соблюдать правила асептики; исключить фиксацию катетера к коже (без стерильной салфетки) лейкопластырем, вызывающим мацерацию вокруг места входа катетера;

постоянно контролировать состояние области катетеризации, чистоту повязки (салфетки), обязательно менять повязки и обрабатывать кожу.

Обработка кожи вокруг катетера

Вокруг швов, место катетеризации обработать 0,5% спиртовым раствором хлоргексидина, затем наложить стерильную салфетку. Зафиксируйте повязку лейкопластырем. Эту манипуляцию следует проводить 1 раз в сутки, и по мере загрязнения повязки кровью или растворами для инфузии. При появлении болезненности и отека ткани вокруг места катетеризации, повышении температуры (местной и общей), отеке соответствующей руки или шеи, лица как свидетельства тромбофлебита подключичной, плечевой, верхней полой вены процедурная медицинская сестра должна вызвать врача.

Техника введения лекарственных веществ в вену через подключичный катетер

- 1.Обработайте руки по алгоритму
- 2.Приготовьте:
стерильный лоток;
стерильные салфетки;
шприцы емкостью 5,0; 10,0; 20,0;
иглы для подкожных инъекций;
стерильный 0,9% раствор хлорида натрия, гепарин, лекарственное вещество;
лейкопластырь;
лоток для медотходов.
- 3.**Обработайте руки по алгоритму, наденьте стерильные перчатки**
- 4.Наберите в шприц емкостью 10,0 - 20,0 мл по алгоритму лекарственное вещество, в другой шприц 0,2-0,3 мл гепарина + 5,0 мл 0,9 % раствора хлорида натрия.
- 5.Сообщите пациенту необходимую информацию о предстоящей процедуре и лекарственном препарате, спросите о его переносимости.
- 6.Помогите пациенту занять удобное положение лежа (с приподнятым ножным концом туловища на 15-25 градусов) для увеличения венозного притока и уменьшения опасности воздушной эмболии.
- 7.Освободите от одежды места катетеризации подключичной вены.
- 8.Снимите с катетера салфетку и поместите ее в лоток для медотходов.
- 9.Осмотрите вид катетера, его целостность. В его просвете не должно быть крови,воздуха.
- 10.Обработайте перчатки спиртовым шариком и поместите его в лоток для медотходов.
- 11.Обработайте двумя спиртовыми шариками пробку-заглушку катетера.
- 12.Попросите пациента сделать вдох и задержать дыхание.
- 13.Быстрым движением правой руки снимите пробку и поместите ее в стерильную емкость с 70% спиртом.
- 14.Первым пальцем левой руки плотно закройте просвет катетера.
- 15.Восстановите дыхание пациента.
- 16.Подсоедините шприц с 0,9 % раствором хлорида натрия с гепарином, притерев канюлю шприца в просвет катетера.
- 17.Проверьте проходимость катетера, потянув поршень шприца на себя до появления в шприце крови.
- 18.Замените шприц с физиологическим раствором хлорида натрия на шприц с лекарственным веществом.
- 19.Спросите пациента о самочувствии.
- 20.Медленно введите лекарственное вещество, постоянно наблюдая за состоянием пациента.
- 21.После введения лекарственного препарата попросите пациента задержать дыхание.
- 22.Аналогичным способом, отсоедините шприц от катетера, и быстро закройте катетер пробкой-заглушкой.
- 23.Возьмите шприц с 0,9% раствором хлорида натрия с гепарином, наденьте надподыгольный конус иглу для подкожных инъекций.
- 24.Проколите пробку катетера, убедитесь, что в нем нет воздуха, потянув поршень на себя, и введите содержимое шприца, оставив в нем 0,5 мл раствора.
- В просвете катетера не должно быть воздуха, крови!**
- Допускается промывание КПВ иглой через пробку не более 3-4 раз, затем пробка должна быть заменена на новую.
- 25.Удалите фиксирующий лейкопластырь, поместите его в лоток для медотходов.
- 26.Обработайте место раневого канала спиртовым шариком.
- 27.Катетер оберните стерильной салфеткой, закрепите его лейкопластырем. Салфетки меняются не реже 1 раза в сутки или по мере загрязнения.
- 28.Если нарушена целостность катетера, в просвете катетера имеются сгустки крови, тромбы или он непроходим, с ним работать запрещается!

Подключение систем для капельного введения инфузионных сред к канюле катетера

1. Попросите пациента задержать дыхание. Профилактика воздушной эмболии.
2. На высоте вдоха быстро снять заглушку, соединить просвет катетера с узлом системы. Профилактика воздушной эмболии
3. Провести инфузию. Если во время инфузии в катетере появится кровь, нужно, соблюдая указанные правила, промыть его изотоническим раствором хлорида натрия и продолжить инфузию. Промывание можно осуществлять и через узел для инъекций, перекрыв систему и обработав переходник узла стерильным шариком, смоченным 95% спиртом, без нарушения герметичности собранной системы
4. При проведении низкоскоростных инфузий и забрасывании крови в катетер при кашле, двигательном возбуждении пациента необходимо после консультации с врачом промыть катетер изотоническим раствором натрия хлорида и несколько увеличить скорость инфузии (если это допускает вводимый препарат). Профилактика тромбирования катетера.
5. Во время инфузии канюля катетера и узел для инъекции системы должны быть прикрыты стерильной салфеткой на весь период инфузии. Профилактика гнойно-септических осложнений.
6. По окончании инфузии во время задержки дыхания отсоединить систему от катетера и быстро закрыть канюлю катетера новой стерильной пробкой.
7. Промыть катетер

После удаления врачом катетера из центральной вены нужно обработать рану 70% спиртом, закрыть ее стерильным шариком или салфеткой, фиксировать лейкопластырем. В дальнейшем нужно наблюдать за ходом заживления ранки, ежедневно в течение 7 суток.

ВНИМАНИЕ! После удаления катетера пациент должен находиться в постели 2 часа, на место ранки укладывается пузырь со льдом.

ЗАПРЕЩАЕТСЯ пользоваться катетером:

1. Если нарушена целостность катетера;
2. Если в просвете имеются сгустки крови, тромбы или он непроходим;
3. Если из катетера подтекает кровь.

АЛГОРИТМ ОБРАБОТКИ РУК

Снять кольца, перстни и другие украшения, так как они затрудняют эффективное удаление микроорганизмов;

Открыть кран;

Под умеренной струей комфортно теплой воды энергично намылить руки жидким мылом из разового дозатора или куском мыла;

Мыло положить в мыльницу с решетками;

Тереть ладонью о ладонь;

Тереть правой ладонью по тыльной стороне левой руки;

Тереть левой ладонью по тыльной стороне правой руки;

Сложив ладони, тереть внутренние поверхности пальцев движениями вверх и вниз;

Тереть тыльной стороной пальцев по ладони другой руки;

Тереть пальцы круговыми движениями;

Поочередно круговыми движениями тереть ладони сжатыми пальцами;

Внимание! Каждое движение следует повторять 5 раз!

Руки сполоснуть;

Высушить руки тканевой салфеткой (размер 30x30см²), которой затем закрыть кран. При наличии крана с локтевым управлением его закрывают локтем.

Обработать руки кожным антисептиком на гигиеническом уровне согласно инструкции

Запрещается: Закрывать кран руками без салфетки!

Использование многоцветного полотенца не допускается, так как оно постоянно влажное

и быстро обсеменяется микробами.

Алгоритм аспирации содержимого трахеобронхиального дерева через интубационную и трахеостомическую трубку у больных, находящихся на ИВЛ

Цель:

Удаление секрета из просвета интубационной и трахеостомической трубки и нижних отделов трахеи.

Получение материала для бактериологического анализа.

Показания:

Булькающие звуки в трубке.

Появление пузырей в тубусе трубки.

Нарастание явлений гипоксии и гиперкапнии у больного.

Повышение давления в контуре аппарата ИВЛ на вдохе при контроле вентиляции по объему.

Снижение объема вентиляции при ИВЛ, контролируемой по давлению.

Выявление патологической микрофлоры.

Правила проведения трахеобронхиальной аспирации:

При выполнении данной процедуры пациент должен находиться на спине.

Эту процедуру должны выполнять два человека.

Манипуляция осуществляется при строгом соблюдении асептики.

Включать разряжение только после того, как конец катетера подведен к месту отсасывания, иначе травмируется слизистая.

Отсасывание не должно быть более 10–15 сек.

Этапы	Обоснования
Оснащение	
1. Вакуумный аспиратор с регулировкой степени раздражения	Для проведения вакуумной аспирации
2. Набор стерильных катетеров: а) диаметр катетера должен быть меньше, чем половина диаметра трубки; б) отверстия должны быть на конце катетера и с боку.	Профилактика инфицирования ТБД а) предупреждение возникновения ателектазов; б) для более эффективной аспирации секрета.
3. Монитор	Осуществлять контроль ЧСС и сатурации
4. Шприц для распускания раздувной манжеты	Профилактика пролежней трахеи
5. Стерильные перчатки	Предотвратить кроссконтаминацию через руки персонала
6. Стерильный физиологический раствор натрия хлорида	Для разжижения мокроты и облегчения ее удаления
7. Стерильные пробирки со средой	Для взятия материала на бакпосев
I. Проведение процедуры	
1. Объяснить пациенту смысл манипуляции	Снизить эмоциональные и физические страдания больного и по возможности добиться сотрудничества
2. Провести перкуссионный массаж грудной клетки	С целью улучшения отхождения мокроты
3. Провести преоксигенацию 100% кислородом в течение 2 минут	Профилактика гипоксии

4. Распустить манжетку интубационной трубки	Профилактика пролежней трахеи
5. Провести гигиеническую обработку рук, надеть стерильные перчатки	Профилактика кроссконтаминации
II. Выполнение процедуры	
1. Ввести стерильный катетер в тубус трубки так, чтобы его конец не выходил за срез трубки больше, чем на 1–2 см	Удалить секрет из нижних отделов трахеи. Более глубокое введение может травмировать слизистую трахеи и позволить санировать только один бронх.
2. Включить вакуумный аспиратор с разрежением не более 100 мм. вд. ст.	Профилактика бронхотравм
3. Провести прерывистое удаление мокроты, извлекая и поворачивая катетер вокруг своей оси. Аспирацию проводить не более 15 сек.	Для более эффективного удаления мокроты. Профилактика гипоксии.
4. Ввести физиологический раствор натрия хлорида в объеме 5 мл до аспирации, которую проводят через 5 дыхательных циклов	Для разжижения мокроты и более тщательного ее удаления.
5. Повторное выполнение процедуры провести через 10–15 дыхательных циклов аппарата ИВЛ со 100% кислородом и после восстановления ЧСС и сатурации	В случае развития нарушения ритма сердца и резкого падения сатурации в ходе манипуляции – аспирацию прекратить.
6. При необходимости забрать секрет из ТБД для бакисследования в стерильную пробирку со средой. Материал берется до начала антибактериальной терапии, затем в плановом порядке 2 раза в неделю.	Для получения исходного результата и своевременного начала антибактериальной терапии с учетом чувствительности.
7. Надуть манжетку интубационной трубки, чтобы давление в ней было не более 25 см. вд. ст.	С целью профилактики аспирации и пролежней трахеи.
8. Провести удаление секрета из полости рта, ротоглотки и носовых путей.	Предотвратить затекание содержимого ротовой полости в дыхательные пути.
III. Окончание процедуры	
1. Провести контроль показателей мониторинга и повторную аускультацию.	Убедиться в эффективности процедуры и восстановлении ЧСС и сатурации.
2. Промыть шланг аспиратора. Дезинфицировать.	Механическая очистка. Профилактика ВБИ.
3. Утилизировать использованные катетеры и перчатки после соответствующей дезинфекции	Профилактика возникновения и распространения ВБИ.
4. Занести сведения о проведенной процедуре в карту наблюдения.	Контроль за регулярностью проведения манипуляции, своевременное выявление осложнений.

Основные принципы ухода заключаются в следующем:

1. Правильное размещение пациента на кровати. Обязательное наличие противопролежневого матраца, а так же дополнительных валиков и подушек для комфортного положения пациента и во избежание пролежней в наиболее уязвимых участках тела.

2. Наличие поперечной простыни на кровати. Важно не тащить пациента, а приподнимать над поверхностью кровати на простыне во избежание трения и сдвига тканей.

Постельное белье должно быть хлопчатобумажным, пропускающим воздух. Простыни не должны иметь складок и швов, их следует заправлять под матрас так, чтобы при малейшем движении пациента они не собирались в складки.

После каждого кормления необходимо осматривать кровать на наличие крошек.

Следует изменять положение тела пациента каждые два часа, независимо от того, какой у пациента матрас. Вечером нужно заранее обговорить с пациентом, какое положение он будет принимать в ночные часы. Наличие у пациента дренажей, промывочных систем, капельниц и т.д. не дает оснований не поворачивать пациента.

При каждом перемещении нужно осматривать участки риска возникновения пролежней.

Ни в коем случае не делать массаж на гиперемированных участках кожи, тем более в области костных выступов.

При проведении гигиенических процедур нужно пользоваться жидким или мягким мылом, махровым полотенцем или мягкой губкой. Кожу следует тщательно высушивать промокательными движениями. Если кожа слишком сухая и есть риск растрескивания, – пользоваться увлажняющим или питательным кремом.

Некоторые пациенты могут страдать непроизвольным мочеиспусканием и дефекацией. В таких случаях следует незамедлительно производить гигиенический уход и смену постельного белья.

Суточный рацион должен быть достаточно калорийным. В нем должен обязательно присутствовать белок, витамин «С», достаточное количество жидкости, если нет противопоказаний.

УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ТРАХЕОСТОМИЧЕСКОЙ ТРУБКОЙ

Цель: предупредить инфицирование трахеостомы и распространение инфекции по ходу трахеи и бронхов.

Показания: наличие трахеостомической трубки.

Противопоказания: нет.

Оснащение: перчатки, раствор гидрокарбоната натрия (3-5 мл, 37°C), стерильный перевязочный материал, паста Лассара, влажная марлевая "занавеска", шпатель, ерш, кипяченая вода, полотенце, емкость с дезинфицирующими растворами, емкость для сброса использованного материала.

Возможные проблемы пациента: психологические, невозможность самоухода.

<u>№</u>	<u>Последовательность действий (этапы)</u>	<u>Обоснование</u>
<u>1.</u>	Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.	<i>Психологическая подготовка</i>
<u>2.</u>	Вымойте руки (на гигиеническом уровне), наденьте перчатки.	<i>Инфекционная безопасность</i>

3.	Придайте пациенту необходимое в данном случае положение.	<i>Положение пациента способствует качественной обработке трахеостомы</i>
4.	Извлеките внутреннюю трубку. Очистите внутреннюю трубку от слизи и промойте кипяченой водой.	<i>Последовательность выполнения манипуляции</i>
5.	Вставьте внутреннюю трубку на место и закрепите. Положите под трубку марлевую прокладку.	
6.	Обработайте тщательно кожу вокруг свища (если есть раздражение, нанесите на кожу шпателем пасту Лассара).	<i>Профилактика ВБИ</i>
7.	Снимите перчатки. Вымойте руки.	<i>Соблюдение инструкций санэпидрежима</i>

Примечание: Внутреннюю трубку необходимо извлекать и обрабатывать дважды в сутки.