

№2(56)
2016

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ

**ПАЛАТНАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА**
Руководство по профессиональной
подготовке для медсестер



Подписка на 2016 год продолжается!



Уважаемые коллеги! Подписаться на журнал «**Старшая медицинская сестра**» можно в любом почтовом отделении России – это вам давно и хорошо известно. Напоминаем, что в полугодие выходит 4 номера нашего журнала с самой полезной, важной и своевременной информацией по главным направлениям работы старших медицинских сестер!

Но не все еще знают, что оформить подписку на «Старшую» можно и через редакцию. Для этого, если вы оформляете подписку на 2-е полугодие 2016 года, отправьте **900 руб.** (для частных лиц) или **1800 руб.** (для организаций) на наши реквизиты из любого отделения Сбербанка с указанием своего полного адреса и ФИО.

Получатель платежа – ООО «Современное сестринское дело».

Банк ОАО «ОТП Банк», г. Москва

Р/сч **40702810700320025974** К/сч **30101810000000000311**

БИК **044525311** ИНН **7715760845** КПП **771501001**

Оплатить подписку через редакцию можно и электронным почтовым переводом, который следует выслать по адресу:

127254, Москва, а/я 59, Быстровой Е.В.

В строке «Для письменного сообщения» также напишите свой полный адрес с индексом и обязательно укажите ФИО и издание, например: СМС 2-е полугодие 2016 г.

Информация о подписке по телефонам:

(495) 664-20-42; 8-916-031-02-83.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕЙ
МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ

**ПАЛАТНАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА**
Руководство по профессиональной
подготовке для медсестер

Издательство
«Современное сестринское дело»
2016

Автор:

Ирина Банникова, к.м.н., организатор здравоохранения

ПАЛАТНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА

Руководство по профессиональной подготовке для медсестер

В издании представлена информация о действующих стандартах, регламентирующих основные аспекты деятельности палатной медицинской сестры. Медицинские сестры, которые пишут аттестационную работу, найдут в брошюре план написания работы. Выпуск будет полезен старшим и главным медсестерам, преподавателям системы сестринского образования.

СОДЕРЖАНИЕ

ВСТУПЛЕНИЕ.....	4
РАЗДЕЛ 1.	
Соблюдение принципов медицинской деонтологии.....	11
1.1. Определение понятия «деонтология».....	11
1.2. Этический кодекс медицинской сестры.....	11
1.3. Уважение автономии пациента, правдивость и информированное согласие.....	15
РАЗДЕЛ 2.	
Палатная медсестра: уход за больными.....	19
2.1. Понятие об уходе за больным.....	19
2.2. Общий уход за больным. Младший медицинский персонал по уходу за больным.....	21
2.3. Медицинский уход за больным.....	39
2.4. Проблема безопасности пациента при осуществлении общего и медицинского ухода.....	40
РАЗДЕЛ 3.	
Сестринское наблюдение за больным.....	45
3.1. Что входит в понятие «сестринское наблюдение за больным»?.....	45
3.2. Оценка боли требует особого внимания.....	49
РАЗДЕЛ 4.	
Выполнение врачебных назначений.....	55
4.1. Общие принципы выполнения врачебных назначений.....	55
4.2. Необходимые действия медсестры на подготовительном этапе выполнения врачебных назначений.....	55
4.3. Лекарственные назначения.....	58
РАЗДЕЛ 5.	
Санитарно-противоэпидемический режим. Утилизация отходов.....	68
5.1. Санитарно-гигиенический режим в помещении.....	68
5.2. Гигиена рук.....	70
5.3. Изоляционно-ограничительные мероприятия.....	74
ОБЩИЙ ПЛАН АТТЕСТАЦИОННОЙ РАБОТЫ ПАЛАТНОЙ МЕДСЕСТРЫ.....	78

Вступление

Общие сведения о трудовых обязанностях палатной (постовой) медицинской сестры

По закону за лечение пациента, находящегося на койке в стационарном отделении, отвечает его лечащий врач. Однако лечащий врач находится в палате, рядом с больным, как правило, не более 15–20 минут в сутки. В выходные и праздничные дни он вообще отсутствует в больнице. Кто же рядом с больным в отсутствие врача? – Это постовая медсестра и младший медперсонал (медсестра по уходу и санитарка). В связи с этим на медсестру возлагается широкий круг обязанностей – от банального перестилания постельного белья до сложного ухода за системами для длительных инфузий с многочисленными портами. Все это входит в ее трудовую функцию, о чем пойдет речь в настоящем выпуске серии «В помощь практикующей медицинской сестре».

Автор подробно останавливается на наиболее принципиальных и спорных вопросах, касающихся деятельности палатной медсестры. Кроме того, автор постаралась структурировать изложение материала таким образом, чтобы эту структуру можно было использовать при написании аттестационной работы палатной медсестры вне зависимости от профиля отделения.

Какие же нормативные и правовые документы регламентируют трудовую функцию постовой медсестры?

Каждый работник, поступивший на работу и заключивший трудовой договор, обязуется выполнять определенные трудовые обязанности согласно своей должности. Охарактеризуем трудовые обязанности постовой медсестры. Для этого прежде всего напомним читателю, что Трудовой кодекс РФ различает трудовые обязанности двух видов: это общие и конкретные трудовые обязанности.

Общие трудовые обязанности, касающиеся всех работников, вне зависимости от занимаемой должности, закреплены в части 2 статьи 21 ТК РФ:

- добросовестно исполнять свои трудовые обязанности, возложенные на него трудовым договором;
- соблюдать правила внутреннего трудового распорядка;
- соблюдать трудовую дисциплину;
- выполнять установленные нормы труда;
- соблюдать требования по охране труда и обеспечению безопасности труда;
- бережно относиться к имуществу работодателя (в том числе к имуществу третьих лиц, находящемуся у работодателя, если работодатель несет ответственность за сохранность этого имущества) и других работников;
- незамедлительно сообщать работодателю либо непосредственному

руководителю о возникновении ситуации, представляющей угрозу жизни и здоровью людей, сохранности имущества работодателя (в том числе имущества третьих лиц, находящегося у работодателя, если работодатель несет ответственность за сохранность этого имущества).

Все эти общие обязанности носят обязательный характер вне зависимости от того, включены они в текст трудового договора или нет.

Конкретные трудовые обязанности определяют работу в определенной должности, специальности, профессии у конкретного работодателя. Конкретные трудовые обязанности могут быть перечислены в тексте трудового договора, но чаще для их закрепления используют должностные инструкции, которые при приеме на работу рассматриваются в качестве приложения к трудовому договору.

Должностная инструкция является локальным нормативным актом, в соответствии с которым работник осуществляет трудовую деятельность. Она регламентирует организационно-правовое положение работника, его обязанности, права, ответственность, предъявляемые к нему квалификационные требования, порядок приема, увольнения, замещения.

При составлении должностных инструкций* в качестве рекомендательных документов могут использоваться квалификационные характеристики, опубликованные в соответствующих квалификационных справочниках.

При этом следует иметь в виду, что перечень должностных обязанностей, содержащийся в квалификационных характеристиках, может быть скорректирован с учетом особенностей организации производства, труда и управления в конкретной организации, о чем сказано во вводном разделе Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и других служащих (ЕКС)**.

Квалификационная характеристика постовой медицинской сестры содержится в разделе «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» ЕКС***.

Именно они применяются в качестве нормативного документа, а также служат основой для разработки должностных инструкций, содержащих конкретный перечень должностных обязанностей с учетом особенностей труда палатных медицинских сестер.

Какие обязанности перечислены в квалификационной характеристике постовой медицинской сестры?

Медицинская сестра палатная (постовая)

Должностные обязанности. Осуществляет уход и наблюдение за больными на

* См. Письмо Федеральной службы по труду и занятости от 09.08.2007 № 3042-6-0.

** ЕКС, утв. постановлением Минтруда РФ от 21 августа 1998 г. № 37, изменениями и дополнениями от 21 января, 4 августа 2000 г., 20 апреля 2001 г., 31 мая, 20 июня 2002 г., 28 июля, 12 ноября 2003 г., 25 июля 2005 г., 7 ноября 2006 г., 17 сентября 2007 г., 29 апреля 2008 г., 14 марта 2011 г., 15 мая 2013 г., 12 февраля 2014 г.

*** Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 июля 2010 г. № 541 н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».

основе принципов медицинской деонтологии. Принимает и размещает в палате больных, проверяет качество санитарной обработки вновь поступивших больных. Проверяет передачи больным с целью недопущения приема противопоказанной пищи и напитков. Участвует в обходе врачей в закрепленных за нею палатах, докладывает о состоянии больных, фиксирует в журнале назначенное лечение и уход за больными, следит за выполнением больными назначений лечащего врача. Осуществляет санитарно-гигиеническое обслуживание физически ослабленных и тяжелобольных. Выполняет назначения лечащего врача. Организует обследование больных в диагностических кабинетах, у врачей-консультантов и в лаборатории. Немедленно сообщает лечащему врачу, а в его отсутствие – заведующему отделением или дежурному врачу о внезапном ухудшении состояния больного. Изолирует больных в агональном состоянии, вызывает врача для проведения необходимых реанимационных мероприятий. Подготавливает трупы умерших для направления их в патологоанатомическое отделение. Принимая дежурство, осматривает закрепленные за нею помещения, проверяет состояние электроосвещения, наличие жесткого и мягкого инвентаря, медицинского оборудования и инструментария, медикаментов. Расписывается за прием дежурства в дневнике отделения. Контролирует выполнение больными и их родственниками режима посещений отделения. Следит за санитарным содержанием закрепленных за нею палат, а также личной гигиеной больных, за своевременным приемом гигиенических ванн, сменой нательного и постельного белья. Следит, чтобы больные получали пищу согласно назначенной диете. Ведет медицинскую документацию. Сдает дежурство по палатам у постели больных. Обеспечивает строгий учет и хранение лекарств групп А и Б в специальных шкафах. 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.

Должна знать: законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения; теоретические основы сестринского дела; основы лечебно-диагностического процесса, профилактики заболеваний, пропаганды здорового образа жизни; правила эксплуатации медицинского инструментария и оборудования; правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений; основы функционирования бюджетно-страховой медицины и добровольного медицинского страхования; основы валеологии и санологии; основы медицины катастроф; правила ведения учетно-отчетной документации структурного подразделения, основные виды медицинской документации; медицинскую этику и деонтологию; психологию профессионального общения; основы трудового законодательства; правила внутреннего трудового распорядка; правила по охране труда и пожарной безопасности.

Требования к квалификации. Среднее профессиональное образование по специальности «Лечебное дело», или «Акушерское дело», или «Сестринское

дело» и сертификат специалиста по специальности «Сестринское дело», или «Сестринское дело в педиатрии», или «Общая практика» без предъявления требований к стажу работы.

На основе представленной выше квалификационной характеристики в каждой медицинской организации могут быть составлены локальные должностные инструкции, определяющие трудовые функции постовых медсестер этой организации.

Ниже приведен пример одной из таких локальных инструкций.

(название учреждения, организации)

УТВЕРЖДАЮ

(Ф.И.О., подпись)

« ___ » _____ 200_ г.

ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПАЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОТДЕЛЕНИЯ

I. Общие положения

1. На должность палатной медицинской сестры назначается лицо со средним медицинским образованием.

2. Назначается и увольняется главным врачом больницы по представлению заведующего отделением в соответствии с действующим законодательством.

3. Подчиняется непосредственно старшей медицинской сестре отделения.

4. В своей работе руководствуется распоряжениями вышестоящих должностных лиц.

5. ...

6. ...

II. Должностные обязанности

Палатная медицинская сестра отделения:

1. Осуществляет уход и наблюдение за больными на основе принципов медицинской деонтологии.

2. Своевременно и точно выполняет назначения лечащего врача; в случае невыполнения назначений, независимо от причины, немедленно докладывает об этом лечащему врачу.

3. Организует своевременное обследование больных в диагностических кабинетах, у врачей-консультантов и в лаборатории.

4. Наблюдает за состоянием больного, физиологическими отправлениями, сном. О выявленных изменениях докладывает лечащему врачу.

5. Немедленно сообщает лечащему врачу, а в его отсутствие заведующему отделением или дежурному врачу о внезапном ухудшении состояния больного.

6. Участвует в обходе врачей в закрепленных за нею палатах, докладывает

о состоянии больных, записывает назначенное лечение, следит за выполнением назначений.

7. Осуществляет санитарно-гигиеническое обслуживание физически ослабленных и тяжелобольных (умывает, кормит, дает питье, промывает по мере надобности рот, глаза, уши и т.д.).

8. Принимает и размещает в палате больных, проверяет качество санитарной обработки вновь поступивших больных.

9. Проверяет передачи больных с целью недопущения приема противопоказанной пищи и напитков.

10. Изолирует больных в агональном состоянии, присутствует при смерти. вызывает врача для констатации смерти, подготавливает трупы умерших для передачи в морг.

11. Сдает дежурство по палатам у постели больных. Принимая дежурство, осматривает закрепленные за нею помещения, состояние электроосвещения, наличие жесткого и мягкого инвентаря, медицинского оборудования и инструментария, медикаментов. Расписывается за прием дежурства в дневнике отделения.

12. Контролирует выполнение больными и родственниками режима дня отделения. О случаях нарушения режима медицинская сестра докладывает старшей медицинской сестре.

13. Руководит работой младшего медицинского персонала и контролирует выполнение им правил внутреннего трудового распорядка.

14. Один раз в неделю производит взвешивание больных, отмечая вес больного в истории болезни. Всем поступившим больным производит измерение температуры тела 2 раза в день, записывает показания в температурный лист.

15. При обнаружении у больного признаков инфекционного заболевания немедленно сообщает об этом лечащему врачу, по его распоряжению изолирует больного и немедленно производит текущую дезинфекцию.

16. По назначению врача осуществляет счет пульса, дыхания, измеряет суточное количество мочи, мокроты и т.д., записывает эти данные в историю болезни.

17. Следит за санитарным содержанием закрепленных за нею палат, а также личной гигиеной больных (уход за кожей, ртом, стрижка волос и ногтей), за своевременным приемом гигиенических ванн, сменой нательного и постельного белья.

18. Заботится о своевременном снабжении больных всем необходимым для лечения и ухода.

19. В случае изменений в состоянии больных, требующих срочных мер, ставит об этом в известность врача отделения, а в отсутствие врачей немедленно вызывает дежурного врача, оказывает экстренную доврачебную помощь.

20. Следит, чтобы больные получали пищу согласно назначенной диете.

21. Следит, чтобы выданные больным лекарства были приняты в ее присутствии.

22. Повышает свою профессиональную квалификацию путем посещения научно-практических конференций для среднего медицинского персонала и участия в конкурсе на звание «Лучший по профессии».

23. Ведет необходимую учетную документацию.
24. В отсутствие старшей медицинской сестры сопровождает во время обхода врачей отделения, дежурного врача, представителей администрации. Заносит в дневник отделения все сделанные замечания и распоряжения.
25. ...
26. ...

III. Права

Палатная медицинская сестра имеет право:

1. В отсутствие врача оказывать экстренную доврачебную помощь больным отделения.
2. Повышать свою профессиональную квалификацию на специальных курсах в установленном порядке.
3. Отдавать распоряжения санитарке и контролировать их выполнение.
4. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.
5. ...
6. ...

IV. Ответственность

1. Несет ответственность за нечеткое или несвоевременное выполнение обязанностей, предусмотренных правилами внутреннего трудового распорядка больницы.
2. ...
3. ...

СОГЛАСОВАНО:

Руководитель

структурного подразделения: _____

(подпись) _____

(Ф.И.О.) « ____ » _____ г.

Начальник

юридического отдела: _____

(подпись) _____

(Ф.И.О.) « ____ » _____ г.

С инструкцией ознакомлен: _____

(подпись) _____

(Ф.И.О.) « ____ » _____ г.

Подчеркнем еще раз, что должностные инструкции постовых медсестер в разных медицинских организациях могут различаться – это право работодателя.

Ниже мы рассмотрим подробнее наиболее важные пункты должностной инструкции палатной медсестры.

Каждый пункт должностной инструкции предполагает выполнение различных действий (манипуляций) и потому требует расшифровки. Расшифровывая отдельные пункты должностной инструкции, мы будем, где необходимо, ссылаться на действующие нормативно-правовые и нормативные документы, а также различные рекомендации.

Примером нормативного правового документа являются СанПиН 2.1.3.263-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» и другие санитарные нормы и правила – их выполнение обязательно.

Примером нормативного, но не правового документа являются ГОСТы – в них содержится нормативная информация, однако выполнение этих норм осуществляется на добровольной основе. В настоящее время, с 1 марта 2016 г., начинает действовать целый пакет ГОСТов, регламентирующих оказание простых медицинских услуг. Это:

- ГОСТ Р 52623.1-2008 «Технологии выполнения простых медицинских услуг функционального обследования», который содержит стандарты взвешивания, термометрии, измерения АД и др.;

- ГОСТ Р 52623.2-2015 «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Десмургия, иммобилизация, бандажи, ортопедические пособия», содержащий стандарты перевязки при нарушении целостности кожных покровов и гнойных заболеваниях кожи и подкожной клетчатки, а также стандарт иммобилизации при переломах костей;

- ГОСТ Р 52623.3-2015 «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода», который содержит стандарты технологий общего и медицинского ухода за больным;

- ГОСТ Р 52623.4-2015 «Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств» устанавливает требования к выполнению технологий простых медицинских услуг инвазивных вмешательств, включая:

- подкожное введение лекарственных средств и растворов;
- внутрикожное введение лекарственных средств;
- внутримышечное введение лекарственных средств;
- взятие крови из пальца;
- внутривенное введение лекарственных средств;
- взятие крови из периферической вены;
- промывание желудка;
- введение лекарственных средств с помощью клизм*.

И, наконец, в качестве примера рекомендаций, которые следует использовать при раскрытии трудовой функции палатной медсестры, можно привести федеральные клинические рекомендации, которые принимают национальные общественные организации. Из самого названия этих документов следует, что они носят рекомендательный характер.

* Обратите внимание, что лекарственное введение в прямую кишку с помощью клизмы отнесено к инвазивным вмешательствам некорректно. Как известно, к инвазивным вмешательствам относятся парентеральные вмешательства.

Раздел 1. Соблюдение принципов медицинской деонтологии

В первом пункте раздела «Должностные обязанности» квалификационной характеристики палатной медсестры сказано: «Палатная медсестра осуществляет уход и наблюдение за больными на основе принципов медицинской деонтологии». Таким образом, соблюдение принципов деонтологии является одной из должностных обязанностей постовой медсестры. Что же такое «деонтология» и в чем состоят «ее принципы»?

1.1. Определение понятия «деонтология»

Деонтология – это учение о должном в морально-этическом плане. Говоря, что тот или иной человек соблюдает принципы деонтологии, мы имеем в виду, что он следует определенным моральным нормам, принятым в обществе. Какие же моральные нормы должна соблюдать медсестра?

Когда-то профессия медсестры в России называлась «сестра милосердия». Таким образом, само наименование профессии указывало на то, что сестра должна быть милосердной к больным. Это и было главной моральной нормой, которую она должна была соблюдать. В советское время слово «милосердие» было изъято из официального обращения, как «поповское». Однако потребность сформулировать моральные требования к медсестре осталась. Чтобы решить проблему, были разработаны многочисленные правила, к примеру «Медсестра должна быть вежлива», «Медсестра должна быть внимательна» и т.п. Эти правила стали называть правилами медицинской деонтологии. В настоящее время подобные правила принято формулировать в виде этического кодекса. Таким образом, Этический кодекс медицинской сестры содержит деонтологические принципы, которые она должна знать и соблюдать в работе с больным.

1.2. Этический кодекс медицинской сестры

Ниже приводится извлечение из Этического кодекса медицинской сестры России*, где перечислены основные принципы медицинской деонтологии, которые должна соблюдать медсестра при работе с больным.

Статья 1. Медицинская сестра и право пациента на качественную медицинскую помощь.

Медицинская сестра должна уважать неотъемлемые права каждого

* Этический кодекс медицинской сестры России составлен на основе Устава Всемирной организации здравоохранения (1946), международных документов по медицинской этике: Лиссабонской декларации о правах пациента Всемирной медицинской ассоциации (1981, 1995), Европейского кодекса медицинской этики (1987), Декларации о политике в области прав пациентов в Европе Всемирной организации здравоохранения (1994), Этического кодекса медицинских сестер Международного совета медицинских сестер (1973) и некоторых других.

человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья и на получение адекватной медицинской помощи. Медицинская сестра обязана оказывать пациенту качественную медицинскую помощь, отвечающую принципам гуманности и профессиональным стандартам. Медицинская сестра несет моральную ответственность за свою деятельность перед пациентом, коллегами и обществом. Профессиональная и этическая обязанность медицинской сестры оказывать, в меру своей компетенции, неотложную медицинскую помощь любому человеку, нуждающемуся в ней.

Статья 2. Основное условие сестринской деятельности – профессиональная компетентность.

Медицинская сестра должна всегда соблюдать и поддерживать профессиональные стандарты деятельности, определяемые Министерством здравоохранения Российской Федерации. Непрерывное совершенствование специальных знаний и умений, повышение своего культурного уровня – первейший профессиональный долг медицинской сестры. Медицинская сестра должна быть компетентной в отношении моральных и юридических прав пациента.

Статья 3. Гуманное отношение к пациенту, уважение его законных прав.

Медицинская сестра должна превыше всего ставить сострадание и уважение к жизни пациента. Медицинская сестра обязана уважать право пациента на облегчение страданий в той мере, в какой это позволяет существующий уровень медицинских знаний. Медицинская сестра не вправе участвовать в пытках, казнях и иных формах жестокого и бесчеловечного обращения с людьми. Медицинская сестра не вправе способствовать самоубийству больного.

Медицинская сестра ответственна, в пределах своей компетенции, за обеспечение прав пациента, провозглашенных Всемирной медицинской ассоциацией, Всемирной организацией здравоохранения и закрепленных в законодательстве Российской Федерации.

Статья 4. Уважение человеческого достоинства пациента.

Медицинская сестра должна быть постоянно готова оказать компетентную помощь пациентам независимо от их возраста или пола, характера заболевания, расовой или национальной принадлежности, религиозных или политических убеждений, социального или материального положения или других различий. Осуществляя уход, медицинская сестра должна уважать право пациента на участие в планировании и проведении лечения. Проявления высокомерия, пренебрежительного отношения или унижительного обращения с пациентом недопустимы. Медицинская сестра не вправе навязывать пациенту свои моральные, религиозные, политические убеждения. При установлении очередности оказания медицинской помощи нескольким пациентам медицинская

сестра должна руководствоваться только медицинскими критериями, исключая какую-либо дискриминацию. В случаях, требующих по медицинским показаниям контроля за поведением пациента, медицинской сестре следует ограничивать свое вмешательство в личную жизнь пациента исключительно профессиональной необходимостью.

Статья 5. Прежде всего – не навреди.

Медицинская сестра не вправе нарушать древнюю этическую заповедь медицины «Прежде всего – не навреди!». Медицинская сестра не вправе безучастно относиться к действиям третьих лиц, стремящихся нанести пациенту такой вред. Действия медицинской сестры по уходу, любые другие медицинские вмешательства, сопряженные с болевыми ощущениями и иными временными негативными явлениями, допустимы лишь в его интересах. «Лекарство не должно быть горше болезни!». Производя медицинские вмешательства, чреватые риском, медицинская сестра обязана предусмотреть меры безопасности, купирования угрожающих жизни и здоровью пациента осложнений.

Статья 6. Медицинская сестра и право пациента на информацию.

Медицинская сестра должна быть правдивой и честной. Моральный долг медицинской сестры – информировать пациента о его правах. Она обязана уважать право пациента на получение информации о состоянии его здоровья, о возможном риске и преимуществах предлагаемых методов лечения, о диагнозе и прогнозе, равно как и его право отказываться от информации вообще. Учитывая, что функция информирования пациента и его близких по преимуществу принадлежит врачу, медицинская сестра имеет моральное право передавать профессиональные сведения лишь по согласованию с лечащим врачом в качестве члена бригады, обслуживающей данного пациента. В исключительных случаях медицинская сестра имеет право скрыть от пациента профессиональную информацию, если она убеждена, что такая причина причинит ему серьезный вред.

Статья 7. Медицинская сестра и право пациента соглашаться на медицинское вмешательство или отказываться от него.

Медицинская сестра должна уважать право пациента или его законного представителя (когда она имеет дело с ребенком или недееспособным душевнобольным) соглашаться на любое медицинское вмешательство или отказаться от него. Медицинская сестра должна быть уверена, что согласие или отказ даны пациентом добровольно и осознанно. Моральный и профессиональный долг медицинской сестры – в меру своей квалификации разъяснять пациенту последствия отказа от медицинской процедуры. Отказ пациента не должен влиять на его положение и негативно отражаться на отношении к нему медицинской сестры и других медицинских работников.

Медицинская сестра вправе оказывать помощь без согласия пациента

(или без согласия законного представителя некомпетентного пациента – ребенка до 15 лет или недееспособного душевнобольного) только в строгом соответствии с законодательством Российской Федерации. При оказании медицинской помощи некомпетентным пациентам медицинская сестра должна, насколько позволяет состояние таких пациентов, привлекать их к процессу принятия решения.

Статья 8. Обязанность хранить профессиональную тайну.

Медицинская сестра должна сохранять в тайне от третьих лиц доверенную ей или ставшую ей известной в силу исполнения профессиональных обязанностей информацию о состоянии здоровья пациента, диагнозе, лечении, прогнозе его заболевания, а также о личной жизни пациента даже в случае смерти пациента. Медицинская сестра обязана неукоснительно выполнять свои функции по защите конфиденциальной информации о пациентах, в каком бы виде она ни хранилась. Медицинская сестра вправе раскрыть конфиденциальную информацию о пациенте какой-либо третьей стороне только с согласия самого пациента. Право на передачу медсестрой информации другим специалистам и медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь пациенту, предполагает наличие его согласия. Медицинская сестра вправе передавать конфиденциальную информацию без согласия пациента лишь в случаях, предусмотренных законом. При этом пациента следует поставить в известность о неизбежности раскрытия конфиденциальности информации. Во всех других случаях медицинская сестра несет личную моральную, а иногда и юридическую, ответственность за разглашение профессиональной тайны.

Статья 9. Медицинская сестра и умирающий больной.

Медицинская сестра должна с уважением относиться к праву умирающего на гуманное отношение и достойную смерть. Медицинская сестра обязана владеть необходимыми знаниями и умениями в области паллиативной медицинской помощи, дающей умирающему возможность окончить жизнь с максимально достижимым физическим, эмоциональным и духовным комфортом. Первейшие моральные и профессиональные обязанности медицинской сестры: предотвращение и облегчение страданий, как правило, связанных с процессом умирания; оказание умирающему и его семье психологической поддержки. Эвтаназия, то есть преднамеренные действия медицинской сестры с целью прекращения жизни умирающего пациента, даже по его просьбе, неэтична и недопустима.

Медицинская сестра должна относиться уважительно к умершему пациенту. При обработке тела следует учитывать религиозные и культурные традиции. Медицинская сестра обязана уважать закрепленные в законодательстве Российской Федерации права граждан относительно патологоанатомических вскрытий.

Статья 10. Медицинская сестра как участник научных исследований и учебного процесса.

Медицинская сестра должна стремиться участвовать в исследовательской деятельности, в приумножении знаний в своей профессии. В исследовательской деятельности с участием человека в качестве объекта медицинская сестра обязана строго следовать международным документам по медицинской этике (Хельсинкская декларация и др.) и законодательству Российской Федерации. Интересы личности пациента для медицинской сестры должны быть всегда выше интересов общества и науки. Участвуя в научных исследованиях, медицинская сестра обязана особенно строго обеспечивать защиту тех пациентов, которые сами не в состоянии об этом позаботиться (дети, лица с тяжелыми психическими расстройствами). Участие пациента в учебном процессе допустимо лишь с соблюдением тех же гарантий защиты их прав.

Многие из этических норм, содержащихся в представленном отрывке Этического кодекса, включены в российское законодательство о здравоохранении. Таким образом, они становятся одновременно и моральными, и правовыми нормами поведения, и их соблюдение является обязательным не только из моральных соображений, но и по закону, а несоблюдение карается в соответствии с действующим законодательством. Так, с одной стороны, соблюдение личной (врачебной) тайны пациента является моральной нормой, но с другой – разглашение тайны, если это причинило вред больному, может привести медсестру на скамью подсудимых и быть осужденной согласно одной из статей Уголовного кодекса России.

Среди содержащихся в Кодексе деонтологических принципов одним из важнейших при работе с больным является принцип уважения его автономии. Рассмотрим подробнее его содержание.

1.3. Уважение автономии пациента, правдивость и информированное согласие

Этическая норма об уважении автономии больного реализуется через соблюдение двух правил: правила правдивости и правила добровольного информированного согласия.

Правило правдивости

Человек не может быть автономной личностью и принимать ответственные решения, касающиеся его жизни и судьбы, если он не знает правды о своем заболевании. Уважая пациента как личность, медработник должен быть правдивым с ним. Это положение отражено в ГОСТах. К примеру, в стандарте «Измерение артериального давления на периферических артериях»*

* ГОСТ Р 52623.1-2008 «Технологии выполнения простых медицинских услуг функционального обследования».

(А02.12.002) имеются следующие нормативные требования к этапу окончания измерения АД:

«3. Окончание процедуры:

- 3.1. Сообщить пациенту результат измерения артериального давления.*
- 3.2. Обработать мембрану прибора для измерения артериального давления антисептическим или дезинфицирующим средством.*
- 3.3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить».*

Рассмотрим, как должна повести себя дежурная медсестра, если больной задаст ей вопрос о своем диагнозе или попросит посмотреть заключение проведенного ему исследования.

По закону «информация о состоянии здоровья предоставляется пациенту лично лечащим врачом или другими медицинскими работниками, принимающими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении». Таким образом, медсестре может быть дано право информировать пациента, отвечать на его вопросы. Однако эта проблема должна быть урегулирована во врачебно-сестринском коллективе. Эта мысль разъяснена в Этическом кодексе медицинской сестры России, где сказано, что «функция информирования пациента по преимуществу принадлежит врачу, медицинская сестра имеет моральное право передавать сведения лишь по согласованию с лечащим врачом в качестве члена бригады, обслуживающей пациента». Вместе с тем, если речь идет о сестринском вмешательстве, медсестра, безусловно, имеет право ответить на все интересующие больного вопросы. Именно такой подход продемонстрирован в отрывке из ГОСТа, где медсестру обязывают сообщить больному результаты измерения АД.

Информированное согласие

Любое вмешательство должно выполняться с согласия больного. Выполнение медицинских вмешательств без согласия пациента является проявлением неуважения к нему как к автономной личности, а иногда может быть расценено как насилие. Норма о необходимости получения согласия больного на основе полной и правдивой информации о предстоящих процедурах стала не только обязательной к исполнению нормой закона, но и включена в профессиональные стандарты по отдельным сестринским вмешательствам. Приведем в качестве примера отрывок из стандарта «Уход за волосами, ногтями, бритье тяжелобольного»*:

«1. Подготовка к процедуре:

- 1) Подготовить все необходимое для процедуры, закрыть окна, обеспечить пациенту условия конфиденциальности.*
- 2) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры.*

* ГОСТ Р 52623.3-2015 «Технология выполнения простых медицинских услуг».

Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки...»

В некоторых медицинских организациях получение информированного согласия формализовано, разработаны процедуры, отпечатаны бланки и т.п. Обычно это происходит в подразделениях и кабинетах, где выполняются однотипные процедуры, а пациенты знают, зачем пришли. Предполагается, что предварительно они уже обсуждали свои проблемы с врачом. В этом случае медсестре может быть вменено в обязанность оформить уже состоявшееся информирование и согласие и подшить документ в амбулаторную карту (историю болезни).

Приведем еще одно извлечение из ГОСТа Р 52623.4-2015 «Технология выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств», где в стандарте «Технология взятия крови из периферической вены» при описании этапа подготовки пациента к процедуре сказано:

«Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру взятия крови. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача».

В реальной жизни, если врач, делая назначения, которые будет выполнять медсестра, перед этим разговаривает с больным, разъясняет смысл планируемых назначений и больной при этом не выражает сомнения и протеста, то можно считать, что врач фактически получает устное согласие на назначенное вмешательство. В этом случае медсестре не нужно произносить лишних слов, достаточно предупредить, что сейчас будет выполнено назначенное вмешательство. У больного, уже получившего информацию о назначении, не будет вопросов, он готов принять назначенное.

Однако довольно часто врач ничего не говорит пациенту о сделанном назначении, и тот нередко бывает удивлен, просит медсестру объяснить, что ему назначено, сомневается и, наконец, соглашается или отказывается. В этой ситуации медсестра, пытаясь разрешить вопросы и сомнения пациента, может оказаться в сложном положении. Если она откажется разъяснять больному подробности о сделанном назначении, скажет, что это не ее компетенция, пациент может отказаться от процедуры и пожаловаться. Если же она ответит пациенту на его вопросы, это в отдельных случаях может вызвать недовольство врача, который может счесть, что медсестра превысила свои полномочия и рассказала больному то, что он не планировал сообщать. Чтобы избежать подобных недоразумений, необходимо, чтобы в каждом медицинском коллек-

тиве врачи и медсестры оговаривали процедуру информирования больного и получения его согласия на выполнение врачебных назначений и приходили к соглашению. Их консенсус будет лучшей профилактикой ненужных конфликтов. Идеальным вариантом решения проблемы являются совместные обходы врача и медсестры.

В какой форме больной может дать согласие на выполнение врачебного назначения?

Надо иметь в виду, что если на «крупные» процедуры (переливание крови, операции, исследования) пациент дает согласие в письменном виде, то на «мелкие» вмешательства (очистительную клизму, термометрию, взвешивание и т.п.) он, как правило, дает согласие не вербально, а своими действиями. Обычно медсестра, подходя к больному, говорит ему, что планирует выполнить определенное вмешательство и просит его что-то сделать, например повернуться на бок, или встать с постели, или пройти в клизменную. Пациент начинает выполнять ее просьбу, и это можно расценивать как согласие. Однако – внимание! – возможность невербального согласия со стороны пациента не освобождает медработников от необходимости полноценного информирования пациента о том, что ему предстоит сделать, после чего следует сделать короткую паузу, в течение которой пациент поймет, что происходит, и станет выполнять указания медсестры, что можно будет расценить как согласие на вмешательство. При этом надо иметь в виду, что многие пациенты страдают нарушениями слуха и зрения, и их информирование требует от медсестры дополнительных усилий. Необходимо убедиться, что плохо слышащий больной понял, что ему сказала медсестра и что она собирается сделать. В ряде больниц разработаны правила общения с пациентами с нарушением слуха, зрения.

Раздел 2. Палатная медсестра: уход за больными

Продолжим рассмотрение первой строки из раздела «Должностные обязанности» квалификационной характеристики палатной медсестры: «Палатная медсестра осуществляет уход и наблюдение за больными на основе принципов медицинской деонтологии». В настоящем разделе мы остановимся на обязанностях, связанных с уходом за больным.

2.1. Понятие об уходе за больным

Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в статье о приоритете интересов пациента при оказании медицинской помощи утверждает право пациента на обеспечение ухода при оказании ему медицинской помощи. Согласно квалификационным характеристикам «уход и наблюдение за больными на основе принципов медицинской деонтологии» осуществляет палатная медсестра. Этот пункт практически в неизменном виде содержится в должностных инструкциях палатных медсестер большинства российских больниц.

Какие именно услуги являются составляющими ухода за больным? Следует сразу отметить, что, провозглашая право больного на уход при получении медицинской помощи, закон не определяет, что такое уход. Между тем вопрос о необходимости определить, на какой именно уход имеет право больной при получении медицинской помощи, стоит довольно остро.

В зарубежной практике различают общий уход за больным, не требующий врачебного санкционирования (его осуществляет ухаживающий персонал без каких-либо врачебных назначений), и специальный уход, выполняемый исключительно по назначению врача*.

В попытках получить разъяснения от российских официальных лиц мы можем обратиться к письму Минздравсоцразвития РФ от 25.04.2005 № 10227/МЗ-14 «О толковании термина «специальный медицинский уход». Это письмо не носит нормативного характера и является разъяснением по конкретному запросу.

«Одновременно информируем, что медицинский уход – это комплексная система поддержки пациентов, их семей, групп населения и общества в целом, включающая в себя медицинский, психологический и социальный компоненты. Цель медицинского ухода – достижение наивысшего уровня адаптации пациента к ситуации, связанной со здоровьем, и тем самым наивысшего качества жизни пациента. Областью клинического применения медицинского ухода являются вопросы сохранения здоровья; адаптации к условиям острого и хронического заболевания; паллиативный процесс. К методам медицинского ухода относятся консультирование и обучение пациентов, выполнение назначений лечащего врача и консультантов, асси-

* Кюль П.Г. и др. «Уход в педиатрии», 2009, 762 с.

стирование при выполнении врачом клинических процедур; динамический мониторинг состояния здоровья и др.

В узком значении термин «медицинский уход» представляет собой комплекс манипулятивных вмешательств, выполняемых медицинской сестрой самостоятельно или по назначению врача и направленных на удовлетворение базовых (в первую очередь физиологических) потребностей пациента. Общий медицинский уход – мероприятия, проводимые независимо от характера болезни. Специальный медицинский уход – мероприятия, применяемые только при определенных заболеваниях (болезни легких, сердца, желудочно-кишечного тракта и других)».

Таким образом, согласно письму следует различать медицинский уход, выполняемый ухаживающим персоналом самостоятельно, т.е. без согласования с врачом, и по назначению врача. Кроме того, различают общий уход (вне зависимости от заболевания) и специальный (зависящий от специфики патологии).

Сестринский процесс

Современное сестринское дело исходит из того, что качественный уход за больным является результатом сестринского процесса, который представляет собой последовательную череду этапов:

- сестринской диагностики проблем пациента и постановки сестринского диагноза,
- планирования сестринского ухода,
- выполнения плана по уходу,
- контроля состояния пациента и при необходимости корректировки плана по уходу.

Сестринский диагноз, план и конкретные мероприятия по уходу, выполнение запланированных вмешательств, динамика состояния больного регистрируются в сестринских документах.

В нашей стране молодые специалисты сестринского дела, изучающие в ходе профессиональной подготовки сестринский процесс во всех его деталях, придя по окончании учебы в реальную больницу, как правило, сталкиваются с тем, что сестринский процесс как форма организации работы медсестры не востребован: руководство стационара и врачи не ждут от медсестер инициативы и самостоятельности в работе, они не заинтересованы в выявлении проблем пациента, которые можно решить благодаря системе грамотного ухода. Это связано как минимум с двумя причинами:

- финансовое положение не позволяет держать штат работников и иметь оборудование и расходные материалы, необходимые для обеспечения качественного ухода за больными в соответствии с выявленными проблемами;
- руководство и врачи не знакомы с концепцией современного сестринского ухода, не представляют себе, что может современная медсестра как специалист в области сестринского дела, и потому рассматривают ее лишь

как помощника врача, а не равноправного члена команды, способного внести свой уникальный вклад в работу с пациентом.

Надо надеяться, что постепенно ситуация изменится и сестринский процесс займет свое место в системе оказания медицинской помощи, как это имеет место в европейских странах и в Америке.

2.2. Общий уход за больным. Младший медицинский персонал по уходу за больным

Какие именно услуги реализуются при осуществлении общего и медицинского ухода за больным? Ответу на этот вопрос поможет знакомство с профессиональными стандартами по должностям младшего медперсонала. Ниже представлен профессиональный стандарт, в котором подробно раскрыта трудовая функция младшей медсестры по общему уходу.

Профессиональный стандарт «Младший медицинский персонал»

647

Регистрационный номер

I. Общие сведения

Деятельность младшего медицинского персонала

(наименование вида профессиональной деятельности)

02.003

Код

Основная цель вида профессиональной деятельности:

Создание благоприятных и комфортных условий пребывания пациента в медицинской организации

Группа занятий:

5321	Помощники по уходу за больными	–	–
(код ОКЗ*)	(наименование)	(код ОКЗ)	(наименование)

Отнесение к видам экономической деятельности:

86.10	Деятельность больничных организаций
86.90	Деятельность в области медицины прочая
87.10	Деятельность по медицинскому уходу с обеспечением проживания
(код ОКВЭД**)	(наименование вида экономической деятельности)

* Общероссийский классификатор занятий.

** Общероссийский классификатор видов экономической деятельности.

II. Описание трудовых функций, входящих в профессиональный стандарт (функциональная карта вида профессиональной деятельности)

Обобщенные трудовые функции			Трудовые функции		
код	наименование	уровень квалификации	наименование	код	уровень (подуровень) квалификации
А	Санитарное содержание палат, специализированных кабинетов, перемещение материальных объектов и медицинских отходов, уход за телом умершего человека	2	Перемещение и транспортировка материальных объектов и медицинских отходов	А/01.2	2
			Санитарное содержание помещений, оборудования, инвентаря	А/02.2	
			Уход за телом умершего человека	А/03.2	
В	Оказание медицинских услуг по уходу	4	Профессиональный уход за пациентом	В/01.4	4

III. Характеристика обобщенных трудовых функций

3.1. Обобщенная трудовая функция

Наименование	Санитарное содержание палат, специализированных кабинетов, перемещение материальных объектов и медицинских отходов, уход за телом умершего человека	Код	А	Уровень квалификации	2
--------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	---	----------------------	---

Происхождение обобщенной трудовой функции	Оригинал	Х	Займствовано из оригинала		

Код оригинала

Регистрационный номер профессионального стандарта

Возможные наименования должностей, профессий	Санитар
----------------------------------------------	---------

Требования к образованию и обучению	Среднее общее образование Профессиональное обучение по должности «Санитар»*
-------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------

* Статья 17 Федерального закона от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 53, ст. 7598; 2013, № 19, ст. 2326; № 23, ст. 2878; № 27, ст. 3462; № 30, ст. 4036; № 48, ст. 6165; 2014, № 6, ст. 562, ст. 566; № 19, ст. 2289; № 22, ст. 2769; № 23, ст. 2930, ст. 2933; № 26, ст. 3388; № 30, ст. 4217, ст. 4257, ст. 4263; 2015, № 1, ст. 42, ст. 53, ст. 72; № 14, ст. 2008; № 18, ст. 2625).

Требования к опыту практической работы	–
Особые условия допуска к работе	Прохождение обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров (обследований), а также внеочередных медицинских осмотров (обследований) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации *
Другие характеристики	–

Дополнительные характеристики

Наименование документа	Код	Наименование базовой группы, должности (профессии) или специальности
ОКЗ	5321	Помошники по уходу за больными
ЕКС**	–	Санитарка
ОКПАТР***	18112	Санитарка (мойщица)

3.1.1. Трудовая функция

Наименование	Перемещение и транспортировка материальных объектов и медицинских отходов	Код	A/01.2	Уровень (подуровень) квалификации	2
--------------	---------------------------------------------------------------------------	-----	--------	-----------------------------------	---

Происхождение обобщенной трудовой функции	Оригинал X	Заемствовано из оригинала		
			Код оригинала	Регистрационный номер профессионального стандарта

Трудовые действия	Размещение материальных объектов и медицинских отходов на средствах транспортировки
	Транспортировка и своевременная доставка материальных объектов и медицинских отходов к месту назначения

* Приказ Минздравсоцразвития России от 12 апреля 2011 г. № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда» (зарегистрирован Минюстом России 21 октября 2011 г., регистрационный № 22111), с изменениями, внесенными приказами Минздрава России от 15 мая 2013 г. № 296н (зарегистрирован Минюстом России 3 июля 2013 г., регистрационный № 28970) и от 5 декабря 2014 г. № 801н (зарегистрирован Минюстом России 3 февраля 2015 г., регистрационный № 35848).

** Единый квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»

*** Общероссийский классификатор профессий рабочих, должностей служащих и тарифных разрядов.

Необходимые умения	Согласовывать действия с медицинским персоналом медицинской организации при перемещении, транспортировке материальных объектов и медицинских отходов
	Рационально использовать специальные транспортные средства перемещения
	Удалять медицинские отходы с мест первичного образования и перемешать в места временного хранения
	Проводить транспортировку материальных объектов и медицинских отходов с учетом требований инфекционной безопасности, санитарно-гигиенического и противозидемического режима
	Обеспечивать сохранность перемешаемых объектов в медицинской организации
	Производить герметизацию упаковок и емкостей однократного применения с отходами различных классов опасности
	Использовать упаковку (пакеты, баки) однократного и многократного применения в местах первичного сбора отходов с учетом класса опасности
	Правильно применять средства индивидуальной защиты
	Производить гигиеническую обработку рук
	Оказывать первую помощь
Необходимые знания	Виды упаковок (емкостей), контейнеров для материальных объектов и медицинских отходов, правила герметизации упаковок для отходов различного класса опасности
	Средства и способы перемещения и транспортировки материальных объектов, медицинских отходов и обеспечения их сохранности в медицинской организации
	Назначение и правила использования средств перемещения
	Правила подъема и перемещения тяжестей с учетом здоровьесберегающих технологий
	Требования инфекционной безопасности, санитарно-гигиенический и противозидемический режим при транспортировке материальных объектов
	Инструкция и схема по сбору, хранению и перемещению медицинских отходов организации
	Схема обращения с медицинскими отходами
	Правила гигиенической обработки рук
	Алгоритм оказания первой помощи
	Требования охраны труда, меры пожарной безопасности, порядок действий при чрезвычайных ситуациях
Другие характеристики	Деятельность под руководством с элементами самостоятельности при выполнении знакомых заданий

	Индивидуальная ответственность
	Выполнение стандартных заданий, выбор способа действия по инструкции

3.1.2. Трудовая функция

Наименование	Санитарное содержание помещений, оборудования, инвентаря	Код	A/02.2	Уровень (подуровень) квалификации	2
--------------	----------------------------------------------------------	-----	--------	-----------------------------------	---

Происхождение обобщенной трудовой функции	Оригинал X	Займствовано из оригинала		

Код оригинала

Регистрационный номер профессионального стандарта

Трудовые действия	Ежедневная влажная и генеральная уборка палат, помещений, кабинетов с использованием дезинфицирующих и моющих средств
	Обеззараживание воздуха и проветривание палат, помещений, кабинетов
	Обеспечение порядка в холодильниках и санитарное содержание холодильников для хранения личных пищевых продуктов пациентов
	Дезинфекция предметов ухода, оборудования, инвентаря и медицинских изделий
	Предстерилизационная очистка медицинских изделий
Необходимые умения	Производить уборку помещений, в том числе с применением дезинфицирующих и моющих средств
	Применять разрешенные для обеззараживания воздуха оборудование и химические средства
	Поддерживать санитарное состояние холодильников для хранения личных пищевых продуктов пациентов
	Обеспечивать порядок хранения пищевых продуктов пациентов в холодильниках
	Использовать моющие и дезинфицирующие средства при дезинфекции предметов ухода, оборудования, инвентаря, емкостей многократного применения для медицинских отходов
	Использовать и хранить уборочный инвентарь, оборудование в соответствии с маркировкой
	Производить предстерилизационную очистку медицинских изделий

	Производить обезвреживание отдельных видов медицинских отходов, обработку поверхностей, загрязненных биологическими жидкостями
	Правильно применять средства индивидуальной защиты
Необходимые знания	График проведения ежедневной влажной и генеральной уборки палат, помещений, кабинетов с использованием дезинфицирующих и моющих средств
	Способы обеззараживания воздуха и проветривания палат, помещений, кабинетов
	Инструкция по санитарному содержанию холодильников и условиям хранения личных пищевых продуктов пациентов
	Правила инфекционной безопасности при выполнении трудовых действий
	Правила хранения уборочного инвентаря, дезинфицирующих и моющих средств
	Инструкции по применению моющих и дезинфицирующих средств, используемых в медицинской организации
	Правила дезинфекции и предстерилизационной очистки медицинских изделий
	Инструкции по проведению дезинфекции предметов ухода, оборудования, инвентаря, емкостей многократного применения для медицинских отходов
	Методы безопасного обезвреживания инфицированных и потенциально инфицированных отходов (материалы, инструменты, предметы, загрязненные кровью и/или другими биологическими жидкостями; патологоанатомические отходы, органические операционные отходы, пищевые отходы из инфекционных отделений, отходы из микробиологических, клинико-диагностических лабораторий, биологические отходы вивариев; живые вакцины, не пригодные к использованию)
	Методы безопасного обезвреживания чрезвычайно эпидемиологически опасных отходов (материалы, контактировавшие с больными инфекционными болезнями, вызванными микроорганизмами 1-й и 2-й групп патогенности, отходы лабораторий, работающих с микроорганизмами 1-й и 2-й групп патогенности)
Требования охраны труда, меры пожарной безопасности, порядок действий при чрезвычайных ситуациях	
Другие характеристики	Деятельность под руководством с элементами самостоятельности при выполнении знакомых заданий
	Индивидуальная ответственность
	Выполнение стандартных заданий, выбор способа действия по инструкции

3.1.3. Трудовая функция

Наименование Уход за телом умершего человека Код A/03.2 Уровень (подуровень) квалификации 2

Происхождение обобщенной трудовой функции

Оригинал X	Заемствовано из оригинала		
------------	---------------------------	--	--

Код оригинала

Регистрационный номер профессионального стандарта

Трудовые действия	Уход за телом умершего человека
	Транспортировка тела умершего человека
Необходимые умения	Производить посмертный уход
	Обеспечивать сохранность тела умершего человека
	Измерять рост и массу тела умершего человека при работе в патологоанатомическом отделении
	Создавать условия для производства вскрытий и забора биологического материала при работе в патологоанатомическом отделении
	Осуществлять туалет тела умершего человека и помещать его в трупохранилище
	Транспортировать тело умершего человека до места временного хранения
	Доставлять трупный материал в лабораторию медицинской организации
	Производить регистрацию приема и выдачи тела умершего человека при работе в патологоанатомическом отделении
	Правильно применять средства индивидуальной защиты
Необходимые знания	Последовательность посмертного ухода
	Условия хранения тела умершего человека
	Средства и способы измерения роста и массы тела умершего человека
	Ход процедуры вскрытия тела умершего человека при работе в патологоанатомическом отделении
	Правила санитарной обработки и хранения тела умершего человека
	Средства, способы доставки и правила безопасности при транспортировке трупного материала
	Технология транспортировки тела умершего человека до места временного хранения

	Учетные формы медицинской документации
	Трудовое законодательство Российской Федерации, регулирующее трудовой процесс, нормы этики и морали в профессиональной деятельности
	Правила внутреннего трудового распорядка, лечебно-охранительного, санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима медицинской организации
	Правила применения средств индивидуальной защиты
	Требования охраны труда, меры пожарной безопасности, порядок действий при чрезвычайных ситуациях
Другие характеристики	Деятельность под руководством с элементами самостоятельности при выполнении знакомых заданий
	Индивидуальная ответственность
	Выполнение стандартных заданий, выбор способа действия по инструкции

3.2. Обобщенная трудовая функция

Наименование

Оказание медицинских услуг по уходу

 Код

В

 Уровень квалификации

4

Происхождение обобщенной трудовой функции

Оригинал X	Заимствовано из оригинала		
		Код оригинала	Регистрационный номер профессионального стандарта

Возможные наименования должностей, профессий	Младшая медицинская сестра по уходу за больными
----------------------------------------------	-------------------------------------------------

Требования к образованию и обучению	Среднее общее образование и профессиональное обучение по должности «Младшая медицинская сестра по уходу за больными» Среднее профессиональное образование по специальностям «Сестринское дело», «Лечебное дело», «Акушерское дело» – образовательные программы подготовки квалифицированных рабочих (служащих) по должности «Младшая медицинская сестра по уходу за больными»
Требования к опыту практической работы	–

Особые условия допуска к работе	Прохождение обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров (обследований), а также внеочередных медицинских осмотров (обследований) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации
Другие характеристики	–

Дополнительные характеристики

Наименование документа	Код	Наименование базовой группы, должности (профессии) или специальности
ОКЗ	5321	Помошники по уходу за больными
ЕКС	–	Младшая медицинская сестра по уходу за больными
ОКПДТР	24232	Младшая медицинская сестра по уходу за больными
ОКСО*	060109	Сестринское дело

3.2.1. Трудовая функция

Наименование	Профессиональный уход за пациентом	Код	В/01.4	Уровень (подуровень) квалификации	4
--------------	------------------------------------	-----	--------	-----------------------------------	---

Происхождение обобщенной трудовой функции	Оригинал X	Заемствовано из оригинала		
			Код оригинала	Регистрационный номер профессионального стандарта

Трудовые действия	Получение информации от пациентов (их родственников/законных представителей)
	Размещение и перемещение пациента в постели
	Санитарная обработка, гигиенический уход за тяжелобольными пациентами (умывание, обтирание кожных покровов, полоскание полости рта)
	Оказание пособия пациенту с недостаточностью самостоятельного ухода при физиологических отправлениях
	Кормление пациента с недостаточностью самостоятельного ухода
	Получение комплектов чистого нательного белья, одежды и обуви
	Смена нательного и постельного белья

* Общероссийский классификатор специальностей по образованию.

	Транспортировка и сопровождение пациента
	Помощь медицинской сестре в проведении простых диагностических исследований: измерение температуры тела, частоты пульса, артериального давления, частоты дыхательных движений
	Наблюдение за функциональным состоянием пациента
	Доставка биологического материала в лабораторию
	Оказание первой помощи при угрожающих жизни состояниях
Необходимые умения	Получать информацию от пациентов (их родственников/законных представителей)
	Использовать специальные средства для размещения и перемещения пациента в постели с применением принципов эргономики
	Размещать и перемещать пациента в постели с использованием принципов эргономики
	Создавать комфортные условия пребывания пациента в медицинской организации
	Измерять температуру тела, частоту пульса, артериальное давление, частоту дыхательных движений
	Определять основные показатели функционального состояния пациента
	Измерять антропометрические показатели (рост, масса тела)
	Информировать медицинский персонал об изменениях в состоянии пациента
	Оказывать помощь пациенту во время его осмотра врачом
	Оказывать первую помощь при угрожающих жизни состояниях
	Использовать средства и предметы ухода при санитарной обработке и гигиеническом уходе за пациентом
	Оказывать пособие пациенту с недостаточностью самостоятельного ухода при физиологических отправлениях
	Кормить пациента с недостаточностью самостоятельного ухода
	Выявлять продукты с истекшим сроком годности, признаками порчи и загрязнениями
	Получать комплекты чистого нательного белья, одежды и обуви
Производить смену нательного и постельного белья	

	Осуществлять транспортировку и сопровождение пациента
	Доставлять биологический материал в лаборатории медицинской организации
	Своевременно доставлять медицинскую документацию к месту назначения
	Правильно применять средства индивидуальной защиты
Необходимые знания	Правила общения с пациентами (их родственниками/законными представителями)
	Здоровьесберегающие технологии при перемещении пациента с недостаточностью самостоятельного ухода
	Порядок проведения санитарной обработки пациента и гигиенического ухода за пациентом с недостаточностью самостоятельного ухода
	Методы пособия при физиологических отправлениях пациенту с недостаточностью самостоятельного ухода
	Правила информирования об изменениях в состоянии пациента
	Алгоритм измерения антропометрических показателей
	Показатели функционального состояния, признаки ухудшения состояния пациента
	Порядок оказания первой помощи при угрожающих жизни состояниях
	Санитарно-эпидемиологические требования соблюдения правил личной гигиены пациента
	Правила кормления пациента с недостаточностью самостоятельного ухода
	Санитарно-эпидемиологические требования к организации питания пациентов
	Алгоритм смены нательного и постельного белья пациенту с недостаточностью самостоятельного ухода
	Правила использования и хранения предметов ухода за пациентом
	Условия безопасной транспортировки и перемещения пациента с использованием принципов эргономики
	Условия конфиденциальности при работе с биологическим материалом и медицинской документацией
	Правила безопасной транспортировки биологического материала в лабораторию медицинской организации, работы с медицинскими отходами
Структура медицинской организации	

	Сроки доставки деловой и медицинской документации
	Трудовое законодательство Российской Федерации, регулирующее трудовой процесс младшей медицинской сестры; нормы этики в профессиональной деятельности
	Правила внутреннего трудового распорядка, лечебно-охранительного, санитарно-гигиенического и противо-эпидемического режима
	Способы и средства оказания первой помощи при угрожающих жизни состояниях
	Требования охраны труда, меры пожарной безопасности, порядок действий при чрезвычайных ситуациях
Другие характеристики	Деятельность под руководством медицинской сестры и самостоятельно
	Планирование собственной деятельности исходя из поставленных задач
	Ответственность за решение поставленных задач
	Решение различных типов практических задач, выбор способа действия из известных на основе знаний и практического опыта

Таким образом, приведенный выше профессиональный стандарт раскрывает нам основные трудовые действия медперсонала, выполняемые для обеспечения общего ухода за больным. Постовая медсестра должна обладать необходимыми знаниями и умениями, чтобы осуществлять их в отсутствие помогающего младшего медперсонала или контролировать работу младшей медсестры по уходу, если таковая имеется.

С 1 марта 2016 г. действует ГОСТ Р 52623.3-2015 «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода», в котором содержатся стандарты выполнения основных манипуляций по общему уходу за больным. Документ имеет большой объем, и потому эти стандарты не приводятся в данном издании.

Рассмотрим основные манипуляции по уходу за больным, которые вменяются в обязанность младшему медперсоналу.

Размещение пациента в постели

Размещая пациента в постели, необходимо помнить, что положение пациента в постели может быть активным, пассивным или вынужденным:

- активное положение – больной произвольно, самостоятельно меняет положение в постели исходя из своих потребностей. Иногда врач может рекомендовать больному занять то или иное положение в постели. Например, больному с тромбофлебитом нижних конечностей часто советуют придать больной ноге возвышенное положение для улучшения оттока венозной крови;
- пассивное – больной не способен самостоятельно изменять положение

ние в постели. В этом случае он остается в том положении, в которое его поместят лица, которые осуществляют уход. Принимая решение о выборе положения для размещения больного в постели, в первую очередь необходимо обеспечить его максимальную безопасность. К примеру, больного с алкогольной интоксикацией нельзя размещать лежа на спине – в этом положении высока опасность затекания рвотных масс в дыхательные пути и смерти от механической асфиксии. Придавая больному пассивное положение, необходимо, чтобы оно было функциональным и не привело к повреждениям – развитию пролежней и контрактур. При ряде заболеваний (состояний) телу больного следует придать положение, облегчающее состояние пациента. К примеру, больному с одышкой, вызванной сердечной недостаточностью, следует придать положение с приподнятым головным концом;

- вынужденное – больной принимает позу, облегчающую его состояние. Вынужденное положение может подсказать медработнику диагноз пациента. Не следует противиться желанию больного занять вынужденное положение, если на то нет серьезных причин.

Таблица 1

**Некоторые варианты вынужденного положения больного
в зависимости от заболевания**

Характер вынужденного положения	Заболевание (синдром)	Причины облегчения состояния
Ортопноэ – положение сидя или в кровати с приподнятым головным концом	Сердечная недостаточность	Уменьшение одышки за счет депонирования крови в органах брюшной полости и нижних конечностях
Положение сидя, опираясь руками о край кровати	Приступ бронхиальной астмы	Мобилизация вспомогательных дыхательных мышц
Лежа на больном боку	Сухой плеврит со стороны, на которой лежит пациент	Ограничение трения друг о друга плевральных листков пораженной стороны
Лежа на здоровом боку	Перелом ребер	Если больной лежит на больном боку, сломанные ребра прижимаются, сильнее трутся друг о друга, поэтому боль усиливается
Лежа на животе	Опухоль поджелудочной железы	Уменьшение давления увеличенной поджелудочной железы на солнечное сплетение

Палатная медсестра должна знать, что лежание в постели является фактором риска развития патологических процессов, наличие которых является критерием плохого ухода за больным. Это контрактуры, тромбозы, пролежни. Профилактика этих осложнений у длительно лежащих (сидящих) больных относится к компетенции ухаживающего персонала. При укладывании больного в постель ухаживающий персонал обязан осматривать больного на предмет выявления признаков указанных осложнений.

Контрактура – неправильное положение или функционирование сустава из-за укорочения мышц или деформации составной сумки. Для профилактики контрактур при укладывании пациента его суставам придают функциональное положение, среднее между сгибанием и разгибанием, в котором капсула сустава испытывает равномерные нагрузки расслабления-растяжения.

Тромбоз вен – внутрисосудистое свертывание крови, приводящее к нарушению венозного оттока и угрожающее эмболическими осложнениями. Самым страшным осложнением тромбоза глубоких вен нижних конечностей является тромбоз ветвей легочной артерии, которая часто заканчивается смертельным исходом. Для профилактики этого осложнения при укладывании лежачего больного рекомендуется хотя бы на время придавать голеням возвышенное положение. Эта мера улучшает венозный отток.

Пролежни – хронические раны, возникающие в местах давления при длительном лежании (сидении) пациента. Минздравом России издан приказ от 17 апреля 2002 г. № 123 «Об утверждении отраслевого стандарта «Протокол ведения больных. Пролежни» (из-за большого объема не приводим здесь его текст).

Подробные указания по размещению больного в кровати даны в ГОСТ Р 52623.3-2015 «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода». Под номером 25 в ГОСТе приведена технология выполнения простой медицинской услуги «Размещение тяжелобольного в постели».

Отдельный вопрос размещения пациента в постели – его **фиксация**. Фиксация пациента входит в систему мер обеспечения безопасности. Приказом Минздрава России от 28 октября 2013 г. № 794н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 г. № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» в номенклатуру медицинских услуг включены процедуры сестринского ухода за фиксированным пациентом (В02.003.003).

- Решение о фиксации пациента находится в исключительной компетенции врача. О формах и времени применения мер физического стеснения или изоляции обязательно делается запись в медицинской документации. Следует помнить, что **фиксация без медицинских показаний, зарегистрированных врачом, может рассматриваться как незаконное лишение свободы.**

- Зафиксированный больной должен находиться под постоянным наблюдением медперсонала. Оставлять зафиксированного больного без наблюдения категорически запрещено!

- Палатная медсестра должна владеть методами безопасной фиксации больных.

- При фиксации применяются широкие мягкие средства (лямки, поддерживающие ремни и т.п.). Категорически запрещены затягивающие петли из бинта или веревок.

- Пациент укладывается в физиологическую позу, которая не ограничивает его дыхания, не допускает переразгибания составов, не вызывает боли и т.п.

- Средства фиксации накладываются на дистальные отделы конечностей, в области голеностопных и лучезапястных суставов.

- Особую осторожность следует соблюдать при фиксации беременных женщин.

- В медицинском учреждении должны быть разработаны инструкции о действиях дежурного персонала на случай возбуждения больного, опасного для него самого или окружающих людей.

Приведем советы врача-психиатра с опытом работы на «скорой помощи» о том, как следует обращаться с возбужденным, агрессивным больным, если он склонен к насильственным, разрушительным действиям: «Следует провести физическое стеснение пациента (наименее травматичные, исключающие возможность нанесения переломов и увечий формы сдерживания персоналом или фиксация с помощью эластичных полос материи, специальных манжеток). Физическое стеснение требует участия достаточного количества людей и применения минимума силы. В тяжелых случаях необходимо привлечение работников полиции. Не следует пытаться входить в физический контакт с больным, в том числе и для обследования соматического состояния, пока больной не успокоится и даст свое согласие на осмотр или не будет физически стеснен. Особая осторожность требуется при обращении с пациентом, если предполагается, что он вооружен или завладел каким-либо предметом, который может быть использован как орудие нападения».

Перемещения пациента в постели

Перемещение пациентов осуществляется по стандартным технологиям, которые утверждены ГОСТ Р 52623.3-2015 «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода» – см. Технология выполнения простой медицинской услуги «Перемещение тяжелобольного в постели».

Санитарная обработка, гигиенический уход за тяжелобольными пациентами (умывание, обтирание кожных покровов, полоскание полости рта)

Согласно квалификационной характеристике постовая медсестра «принимает и размещает в палате больных, проверяет качество санитарной обработки вновь поступивших больных», а также следит за санитарным содержанием закрепленных за нею палат и личной гигиеной больных, за своевременным приемом гигиенических ванн, сменой нательного и постельного белья. Она

«осуществляет санитарно-гигиеническое обслуживание физически ослабленных и тяжелобольных». Для выполнения санитарно-гигиенического обслуживания постовой медсестре в помощь придается младшая медсестра по уходу.

Требования к правилам личной гигиены больных содержатся в СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

В настоящее время идет работа над новой версией СанПиНа, опубликован ее проект. В нем в разделе о личной гигиене больных добавлены некоторые важные положения. В частности, в пункт о гигиенической обработке больных добавлено:

«Гигиенический уход за тяжелобольными (умывание, протирание кожи лица, частей тела, полоскание полости рта и т.д.) проводится утром, а также после приема пищи и при загрязнении тела. Для тяжелобольных предусматривается специальное оборудование для гигиенической обработки».

ГОСТ Р 52623.3-2015 «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода» утвердил три стандарта, которые регулируют отдельные технологии гигиенического ухода за больным:

- технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за волосами, ногтями, бритье тяжелобольного»,
- технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за полостью рта больного в условиях реанимации и интенсивной терапии»,
- технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольных».

Для ухода за кожей применяются специальные средства по уходу за кожей. При их выборе следует пользоваться простым правилом: для сухой кожи используют жиросодержащие средства (кремы, мази), для мокнушей кожи – средства, содержащие большое количество воды (растворы, гели).

Оказание пособия пациенту с недостаточностью самостоятельного ухода при физиологических отправлениях

ГОСТом Р 52623.3-2015 «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода» утверждены стандарты выполнения пособий при физиологических отправлениях больных:

- технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие при дефекации тяжелого больного»;
- технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие при мочеиспускании тяжелого больного».

Приступая к помощи больным с недостаточностью самостоятельного ухода при физиологических отправлениях необходимо подобрать систему сбора мочи, кала, например мочеприемник или судно (например, мужское,

женское, мягкое, прозрачное и др.), подготовить впитывающую (защитную) пленку для защиты постели от случайных протечек (необходимого размера и впитываемости), туалетную бумагу (салфетки, влажную туалетную бумагу, салфетки для мытья и др.), освежитель воздуха и/или нейтрализатор запахов, средства индивидуальной защиты (перчатки, антисептик для обработки рук, халат, непромокаемый фартук). Судно может быть пластиковым (полимерным), металлическим эмалированным, резиновым (надувным), фаянсовым, стеклянным, одноразовым, взрослым, детским, универсальными, мужским, женским, различной формы (типа «Аверсус», «Ладья», утка и др.), объема, со сливным клапаном и т.д. Судна/утки могут быть с крышками и без, с ручками для удобства транспортировки, с измерительной шкалой для измерения объема мочи и т.д., также они – разные по объему. Судно из любого материала должно быть прозрачным, чтобы можно было определить цвет его содержимого (кала и мочи). У ряда отечественных и импортных производителей можно встретить судна разного цвета, особенно из пластика: коричневого, желтого, розового, синего, зеленого или другого цвета, с разводами, эмалированные также цветные или под мраморную крошку, гранит. Такие судна менее удобны в случае необходимости определения цвета содержимого, наличия включений (кровь, слизь и др.), но удобны в случае, если в палате несколько человек пользуются суднами (у каждого свой цвет).

Кормление пациента с недостаточностью самостоятельного ухода

Постовая медсестра следит, чтобы больные получали пищу согласно назначенной диеты, проверяет передачи больным с целью недопущения приема противопоказанной пищи и напитков. В рамках общего ухода постовая медсестра контролирует работу младшей медсестры по уходу по кормлению тяжелых больных, а при отсутствии младших сестер делает это сама. Кормление через зонд не должно осуществляться младшим медперсоналом – это сестринская манипуляция.

ГОСТом Р 52623.3-2015 «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода» утвержден стандарт «Технология выполнения простой медицинской услуги «Кормление тяжелобольного через рот и назогастральный зонд».

Смена нательного и постельного белья

Смена нательного и постельного белья производится в соответствии со стандартами технологии выполнения простой медицинской услуги «Приготовление и смена постельного белья тяжелобольному» и «Пособие по смене белья и одежды тяжелобольному», утвержденными ГОСТом Р 52623.3-2015.

Транспортировка и сопровождение пациента

Транспортировка больных производится в соответствии со стандартом «Технология выполнения простой медицинской услуги «Транспортировка тяжело-

больного внутри учреждения», который утвержден ГОСТом Р 52623.3-2015.

Транспортировка больного – ответственная процедура, дефекты которой могут привести к непоправимым последствиям. Приведем для примера особенности внутрибольничной транспортировки пациента при его переводе из оперблока или отделения реанимации и интенсивной терапии. При таких транспортировках возможно совершение ряда типичных ошибок. Именно в момент, когда одна служба «отдала больного», а другая еще не «приняла» в полной мере, случаются трагические ошибки, связанные с недосмотром. Поэтому при переводе больного из оперблока или отделения реанимации следует строго придерживаться определенной схемы, которая позволит избежать многих недоразумений и серьезных осложнений. Осуществлять транспортировку больного должны два сотрудника. При себе им следует иметь дыхательный мешок или маску на случай, если у больного во время транспортировки возникнут нарушения дыхания. Особенно трагичны ситуации, когда такие нарушения возникают при остановке лифта при отключении электричества или поломке. На случай отсутствия лифтера полезно иметь при себе ключ от лифта.

Перед тем как переложить больного на каталку, к ним следует познакомиться, сообщить о транспортировке в отделение. Полезно спросить больного о самочувствии, чтобы оценить его сознание, наличие болей, тошноты и т.п. Необходимо уточнить основные жизненные показатели. Переводу подлежат только гемодинамически стабильные больные, с восстановленным дыханием, в полном сознании.

Необходимо получить у персонала оперблока (отделения реанимации) информацию об особенностях данного больного, состоянии, характере операции, особых рекомендациях, проверить сопроводительные документы, отметить в них время транспортировки и поставить подпись. При этом один из сотрудников обязательно должен находиться около больного. Именно в такие минуты, когда персонал оперблока (отделения реанимации) считает, что они уже передали больного, а персонал принимающего отделения еще не считает, что больной принят ими, могут случиться серьезные осложнения с тяжелыми последствиями для больного (остановка дыхания, кровотечение из раны и т.п.).

Предупредив пациента о перемещении на каталку для транспортировки в отделение, больного укладывают на каталку. При этом следует проверить правильность положения. В первую очередь оно не должно мешать дыханию. Необходимо еще раз проверить основные жизненные показатели: сознание, пульс, давление, частоту и глубину дыхания. Уложив больного, следует проверить все зонды, дренажи, венозный и мочевого катетеры. Они не должны выступать за каталку, цепляться за окружающие предметы. Необходимо также проконтролировать объем и характер отделяемого по зондам и мочевому катетеру. Необходимо осмотреть повязку на операционной ране, проверить ее положение и нет ли кровоточивости раны.

Больного следует тщательно укрывать. При движении необходимо оберегать от ударов самого больного, а также флаконы для инфузий и др. приспособления. При движении необходимо спрашивать больного о самочувствии, предупреждать о неровностях пола, горках и т.п. В ходе транспортировки продолжают тщательное наблюдение за основными жизненными показателями, в первую очередь за цветом кожных покровов и дыханием, его частотой и глубиной.

2.3. Медицинский уход за больным

Помимо общего ухода, большинство тяжелобольных пациентов нуждаются в медицинском уходе, который выполняется по назначению врача. Как было отмечено выше, медицинский уход подразделяют на общий и специальный. Специальный уход осуществляют для отдельных групп больных, имеющих специфические проблемы.

Медицинский уход за больным осуществляют медицинские сестры. К манипуляциям медицинского ухода относят: очистительные клизмы, уход за мочевым катетером, удаление копролита и т.п. Манипуляции общего и медицинского ухода относят к простым медицинским услугам. Технология выполнения большинства из них утверждена ГОСТом Р 52623.3-2015 «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода». Ниже перечислены технологии медицинского ухода, стандарты которых утверждены этим ГОСТом:

5. Технология выполнения простой медицинской услуги «Постановка горчичников».

6. Технология выполнения простой медицинской услуги «Постановка банок».

7. Технология выполнения простой медицинской услуги «Бритье кожи предоперационное или поврежденного участка».

8. Технология выполнения простой медицинской услуги «Постановка пиявок».

9. Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за полостью рта больного в условиях реанимации и интенсивной терапии».

11. Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за назогастральным зондом, носовыми канюлями и катетером».

12. Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за сосудистым катетером».

13. Технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие при гастростомах».

14. Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за назогастральным зондом».

15. Технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие при илеостоме».

16. Технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие при

стомах толстого кишечника».

18. Технология выполнения простой медицинской услуги «Постановка очистительной клизмы».

19. Технология выполнения простой медицинской услуги «Удаление копролита».

20. Технология выполнения простой медицинской услуги «Спринцевание влагалища».

22. Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за постоянным мочевым катетром».

23. Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за внешним мочевым катетером».

26. Технология выполнения простой медицинской услуги «Транспортировка тяжелобольного внутри учреждения».

27. Технология выполнения простой медицинской услуги «Кормление тяжелобольного через рот и назогастральный зонд».

31. Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за пупочной ранкой новорожденного».

32. Технология выполнения простой медицинской услуги «Пеленание новорожденного».

Каждая палатная медсестра должна пройти обучение по этим ГОСТам. Подчеркнем еще раз: с 1 марта 2016 г. этот ГОСТ вступил в силу и желательно, чтобы он был доступен работникам, осуществляющим уход, на их рабочих местах.

2.4. Проблема безопасности пациента при осуществлении общего и медицинского ухода

Еще со времен Гиппократа главной заповедью медицины является заповедь «Не навреди». Пациенты имеют право на уход и безопасные условия содержания. Дети, госпитализированные без родителей, недееспособные старики и т.п. нуждаются во внимательном досмотре со стороны медицинского персонала. Они не способны оградить себя от опасностей, которые их могут окружать. Таким образом, осуществляя общий и медицинский уход за больным, медсестра в первую очередь должна позаботиться о его безопасности.

Какие опасности связаны с уходом за больным, находящимся на койке стационара?

Общий уход

Незаконное проникновение, насилие. В СМИ периодически появляются сообщения о краже новорожденных из отделения новорожденных или о насилии над несовершеннолетними, совершенном посторонними лицами или соседями по палате. Чтобы уменьшить риск подобных происшествий, дежурная медсестра должна контролировать посетителей и иных посторонних лиц, а также поведение пациентов в палатах, особенно это касается отделе-

ний и палат, где вместе содержатся дети младших возрастов без родителей и подростки. Перед отбоем необходимо проверять двери и окна отделения, если оно находится на первых этажах и возможно внешнее проникновение через окно.

Медсестра должна быть обучена действиям на случай внешнего проникновения или конфликта между пациентами (посетителями). В каждом стационаре система безопасности для таких случаев имеет свои особенности.

Падения больных. Падения больных, находящихся в стенах ЛПО, находятся в сфере ответственности медработников. Число падений сегодня является показателем качества и безопасности больничной среды. Меры по защите больных от падений входят в стандарты безопасности больничной среды многих стран. ЛПО и отдельные подразделения создают программы, направленные на профилактику падений пациентов.

Типовая программа профилактики падений состоит из следующих разделов.

- Устранение общеизвестных рисков падения. Общеизвестно, что скользкие или неровные полы, плохо освещенные ступени и т.п. являются частой причиной падения даже абсолютно здоровых людей. Поэтому в первую очередь необходимо позаботиться о том, чтобы полы в ЛПО были гладкими (без загнутых углов линолеума и т.п.), не скользкими (после мытья необходимо ставить предупредительный знак «Осторожно, мокрые полы!»), а ступени были подсвечены или окрашены светящейся в темноте краской.

- Регистрация падений. Дальнейшее улучшение ситуации невозможно без создания системы регистрации падений пациентов. Ведение обязательной регистрации падений, как правило, позволяет выяснить, что падения больных встречаются достаточно часто. Особенно это касается отделений неврологии, реабилитации и др. На начальном этапе работы по снижению частоты падений больных падения не только регистрируются, но и проводится расследование каждого случая: изучаются особенности упавших больных, описывается место и условия падения.

- Анализ данных о падениях больных в конкретном отделении, определение «горячих точек». Учет позволяет выявить «горячие точки» падений. Обычно такими местами являются туалеты и ваннные комнаты – это самые настоящие «горячие точки». В большинстве случаев падения случаются в дневные и вечерние часы, когда больные самостоятельно совершают свой туалет. Типичны падения с кровати при попытке самостоятельно встать, особенно в темноте, а также если больной уронил что-то и пытается самостоятельно достать упавший предмет с пола. Здесь может помочь подгонка кровати под рост больного – иногда ее следует опустить на несколько сантиметров. Необходимо также обеспечить связь пациента с медперсоналом, чтобы он мог при необходимости вызвать помощь.

- Какие больные склонны к падениям? Разработаны простые критерии, по которым медсестра может определить больного, который может упасть. Для такого больного применяют специальные меры поддержки: объясняют,

что он может позвать персонал, если ему понадобится встать с кровати или поднять упавший предмет. У таких больных проверяют качество обуви – ее подошвы не должны скользить.

- Индивидуальный план профилактики падений. После предварительной работы по изучению падений пациентов в конкретном ЛПО персонал способен разрабатывать конкретные меры для профилактики падений для каждого пациента индивидуально: одному следует сделать нескользящие набойки на обувь или костыли, другому необходима помощь при посещении туалета и при мытье в душе, третий испытывает головокружение, когда садится в постели после сна и должен посидеть немного перед вставанием и т.п. Простые меры безопасности позволяют реально снизить число падений и предотвратить травмирование больных.

Безопасное расположение больного в постели: риск удушья, ожогов, падений. Обычная постель может стать источником опасности для больного. Для маленьких детей кровать, слишком близко придвинутая к стене или к другой кровати, или кровать, имеющая ограждение в виде решетки, создает угрозу удушья, если ребенок, оставшийся без присмотра, протиснет голову в узкую щель, но не сможет вынуть ее. Такие случаи встречаются с известной регулярностью, и потому в нормативных документах имеются требования к размещению детских кроватей в палатах, а также к конструкции кроватей. Расстояние между решетками кровати не должно превышать 6 см. Опускаемая стенка решетки кроватки должна фиксироваться с двух сторон. Основание кровати под матрац должно быть надежно закреплено. Кроватки следует проверять на износ, поломки необходимо сразу устранять. Если ребенок вырос до 90 см, кроватка с решеткой должна быть заменена на обычную. Эти и другие требования безопасности следует строго соблюдать. Особенно важно донести требования к размещению кроваток до санитарок, которые в процессе уборки могут переместить их, нарушив требования безопасности.

Серьезный риск ребенку или ослабленному больному создают мягкие подушки и матрацы. Случайно перевернувшись и уткнувшись в подушку или мягкий матрац, ребенок не сможет освободить дыхательные пути и задохнется. Использование мягких матрацев и подушек должно быть запрещено. Серьезным источником опасности удушья для ребенка может стать отклеившийся лейкопластырь, случайно попавший в кроватку кусок целлофана, сломавшаяся пустышка.

Известную опасность представляют батареи. От них, как правило, страдают больные диабетом с нарушенной кожной чувствительностью, которые могут часами лежать, прикоснувшись к батарее и не чувствовать жара. А в результате – тяжелые ожоги.

Падения с кровати опасны и для маленьких пациентов, и для ослабленных взрослых. Необходимо предусмотреть специальные меры безопасности. Для больных с повышенным риском падений рядом с кроватью необходимы кнопки вызова медсестры, чтобы они не пытались самостоятельно достать

упавший телефон или ложку. По возможности им следует обеспечить низкие постели. Не следует надеяться на перегородки. Они, наоборот, при падении увеличивают высоту и утяжеляют травматизацию.

Риски гигиенических процедур. При проведении гигиенических процедур возможны следующие несчастные случаи: падения (необходимы специальные поручни в туалетах и ванных комнатах), утопления при принятии ванн (маленьких детей и ослабленных больных нельзя оставлять без наблюдения ни на секунду), ожоги при несоблюдении температурного режима. Так, для новорожденных может оказаться смертельным обычное подмывание.

Медицинский уход

Каждая процедура медицинского ухода имеет свои риски, меры по профилактике которых отражены в стандартах, утвержденных ГОСТом Р 52623.3-2015 «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода». Мы не имеем возможности изложить их в подробностях. Приведем лишь несколько примеров о чрезвычайных происшествиях, связанных с нарушением правил обеспечения безопасности таких банальных процедур, как согревание с помощью грелки и очистительная клизма.

Медсестра, ухаживающая за новорожденным, не проконтролировала температуру грелки. В результате младенец получил тяжелые ожоги, от которых вскоре скончался. Возбуждено уголовное дело.

История не требует комментариев – температуру воды, которой моют младенцев и которую используют для обогрева с помощью грелок, следует строго контролировать. Для этого нельзя использовать собственную кожу – температурная чувствительность кожи взрослого человека не позволяет определить температуру с той точностью, которая важна для малышей. Необходим термометр! Напомним, что в резиновую грелку наливают воду температуры 45°C и, чтобы выпустить воздух, осторожно сжимают грелку до тех пор, пока из горлышка не покажется вода; затем грелку завинчивают. После этого грелку следует опрокинуть и убедиться, что вода не вытекает из горлышка, затем завернуть ее в пеленку и положить рядом с ребенком сбоку или у его ног. Остывшие грелки могут вызвать охлаждение ребенка, поэтому их нужно регулярно вновь наполнять теплой водой.

В одной из гинекологических больниц накануне операции четверем женщинам была назначена очистительная клизма. Однако наутро в больнице отключили воду. Санитарка решила использовать воду, которая осталась у нее в одном из ведер. После процедуры состояние всех четырех женщин резко ухудшилось. С картиной инфекционно-токсического шока они были срочно переведены в реанимационное отделение. Двух женщин спасти не удалось. Еще две долго лечились.

В подготовке к операции трех малолетних пациентов участвовали две медсестры: одна приготовила раствор для клизм, другая выполнила назна-

ченные манипуляции. Приготавливая раствор, первая медсестра совершила грубую ошибку – не посмотрела на надпись на флаконе и вместо флакона с физиологическим раствором набрала жидкость из флакона с формалином. В результате один мальчик умер через 3 часа после процедуры, а у другого развилась тяжелая интоксикация, которая потребовала интенсивного лечения в отделении реанимации. К счастью, этот ребенок выжили.

В Казахстане, в противотуберкулезном санатории «Зеленая роша», 16 октября 2011 г. умер 3-летний Марк Фролов. В заключении о смерти, которое было выдано родителям, говорилось, что ребенок погиб от диареи. Однако позже специальная комиссия с участием представителей Минздрава России установила, что причиной смерти малыша стала «водная интоксикация» с развитием отека мозга в результате проведения очистительной клизмы, при выполнении которой медсестра ввела ребенку около 1 литра простой теплой воды.

Мы привели три примера трагических ЧП, вызванных обыкновенной очистительной клизмой. В первом случае причина трагедии – грязная вода, во втором случае – введение токсического вещества вместо воды. Третий случай – самый непростой. В самом деле иногда введение большого количества обычной воды вызывает тяжелую «водную интоксикацию». Медицинский персонал должен знать о возможности «водной интоксикации» и соблюдать два правила, которые позволяют избежать ее:

- правильный выбор очищающей жидкости. Обычная вода для очистительной клизмы, особенно у маленьких детей, нежелательна. Рекомендуется использовать изотонический раствор инертного вещества (например, 7%-й раствор желатина, раствор глицерина) или 1%-й раствор хлорида натрия. При этом опасность «водной интоксикации» хотя и не исключается полностью, но значительно уменьшается;

- правильный выбор объема вводимой очищающей жидкости: грудным детям – 30–100 мл, маленьким детям – 200–500 мл, школьникам – 500–1000 мл, взрослым – до 1,5 литра. При сифонной клизме количество вводимой жидкости должно соответствовать количеству выводимой. Особенно внимательно сифонную клизму нужно ставить больным, у которых, помимо основного заболевания, имеются нарушения мочевыделительной функции почек.

Еще одна группа осложнений клизмы – травма слизистой прямой кишки. Именно по этой причине теперь категорически запрещено использовать стеклянные наконечники.

Раздел 3. Сестринское наблюдение за больным

3.1. Что входит в понятие «сестринское наблюдение за больным»?

Продолжим рассмотрение первой строки квалификационной характеристики постовой медсестры: в ней сказано, что медсестра, помимо ухода, осуществляет и наблюдение за больным. Необходимо разъяснить, в чем именно состоит сестринское наблюдение за больным.

Является ли палатная медсестра «сторожем» своих пациентов?

Наблюдение за больным предполагает его наличие в отделении. Однако нередко медсестры сталкиваются с ситуацией, когда больные покидают свои палаты, свои отделения и даже территорию больницы. Несет ли медсестра ответственность за исчезновение больных? И что она должна делать, если обнаружит «пропажу»?

Строго говоря, на подобные случаи должны быть разработаны надлежащие инструкции, однако в большинстве больниц их нет. В то же время сложилась определенная практика, которая сводится к следующему.

Когда больной поступает в стационар (отделение), он знакомится с правилами внутреннего распорядка и ставит подпись, удостоверяющую, что он обязуется их выполнять. В каждом ЛПО должны быть разработаны такие правила. В большинстве случаев в качестве правил для больных утверждают Правила внутреннего распорядка, действовавшие еще в СССР, которые не предусматривали свободного перемещения больного по территории больницы. Он должен лежать в постели, если ему назначен постельный режим, передвигаться в пределах палаты, если режим – палатный, или ходить по коридору с посещением столовой, если режим расширен до общего. Обязанность медсестер входит контроль соблюдения назначенного больному режима. Выход за территорию отделения без разрешения лечащего врача, как правило, запрещен. Посещение диагностических и других подразделений на территории ЛПО осуществляется в сопровождении медсестры. Прогулки – по разрешению врача, о чем делается запись в истории болезни. Прогулки проходят на специально выделенной территории под присмотром медицинских работников.

Чтобы медсестра могла наблюдать за перемещением больных по отделению, ее рабочее место размещается таким образом, чтобы с него просматривался весь коридор. Вопрос о запираании дверей в отделении на ночь зависит от конкретных условий, медсестра должна иметь на этот счет четкие распоряжения администрации.

Вечером, после отбоя, медсестра должна делать обход и проверять наличие пациентов в палате. Утром, при измерении температуры, медсестра также делает обход всех палат, убеждаясь, что все больные находятся в отделении.

Если кто-то из больных отсутствует, медсестра должна немедленно доложить об этом дежурному врачу. На этом ее обязанности заканчиваются.

Не пропустить ухудшения состояния больного – главная цель сестринского наблюдения

В квалификационной характеристике палатной медсестры в отношении наблюдения за больным есть еще одно положение, в котором говорится, что медсестра «... немедленно сообщает лечащему врачу, а в его отсутствие – заведующему отделением или дежурному врачу о внезапном ухудшении состояния больного». Из чего мы делаем вывод, что постовая медсестра наблюдает за общим состоянием больных и не должна пропустить его резкого ухудшения.

Таким образом, подчеркнем еще раз: одна из важнейших целей сестринского наблюдения – не пропустить ухудшения общего состояния больного, возникновения осложнений, а также побочных эффектов лекарственной терапии, неблагоприятных воздействий лечебных и диагностических процедур. Медсестра должна следить за общим состоянием больного, и в первую очередь она должна уметь оценить изменения его сознания, говорящие о развитии тяжелых патологических процессов.

Медсестра должна уметь оценить состояние сознания больного, заметить его изменения. Для этого полезно познакомиться со шкалой Глазго (Glasgow Coma Scale), которая используется для классификации степени неврологических нарушений и глубины расстройства сознания. Необходим подсчет суммы баллов, которая отражает фактическое состояние пациента.

Открытие глаз:

- спонтанное – 4 балла;
- как реакция на речь – 3 балла;
- как реакция на боль – 2 балла;
- отсутствует – 1 балл.

Речевая (вербальная) реакция:

- пациент дает быстрый и правильный ответ на заданный вопрос – 5 баллов;
- наблюдается спутанная речь – 4 балла;
- словесная окрошка (неадекватная речь), на вопрос не дается осмысленного ответа – 3 балла;
- нечленораздельные звуки в ответ на заданный вопрос – 2 балла;
- речь отсутствует – 1 балл.

Двигательная (моторная) реакция:

- выполнение спонтанных движений по команде – 6 баллов;
- целесообразное движение в ответ на болевое раздражение (отталкивание) – 5 баллов;
- отдергивание конечности в ответ на болевой раздражитель – 4 балла;
- патологическое сгибание в ответ на болевой раздражитель – 3 балла;
- патологическое разгибание в ответ на болевой раздражитель – 2 балла;
- движений нет – 1 балл.

В результате необходимо провести интерпретацию полученных результатов по шкале Глазго:

- 15 баллов – ясное сознание;
- 13–14 баллов – оглушение;
- 9–12 баллов – сопор;
- 4–8 баллов – кома;
- 3 балла – смерть мозга (неизбежный летальный исход).

Контролируя изменение общего состояния, медсестра должна обратить внимание на появление новых жалоб, беспокойства или, напротив, заторможенности, развития других тревожных симптомов (одышки, кровохарканья, болей, парезов, судорог и т.п.). Нередко врач предупреждает медсестру, на какие именно симптомы следует обратить внимание. К примеру, наблюдая за больным с пневмонией, медсестра контролирует не только температуру тела, но и дыхание (не нарастает ли одышка?), артериальное давление (тенденция к снижению АД указывает на возможность развития инфекционно-токсического шока), цвет кожных покровов (диффузный цианоз говорит о дыхательной недостаточности).

Врачи, как правило, не расписывают план сестринского наблюдения за больными в зависимости от профиля и получаемого лечения. Они исходят из того, что медсестры знают, какие именно клинические признаки являются существенными для тех или иных заболеваний (состояний). И все же командная работа, когда врачи и медсестры совместно обсуждают план наблюдения по конкретным больным, дает лучшие результаты. Собственно, когда разработчики квалификационной характеристики палатной медсестры писали о том, что она участвует во врачебных обходах, они, безусловно, имели в виду то, что во время совместных обходов обсуждается в том числе и индивидуальный план наблюдения за каждым больным. К сожалению, совместные обходы – редкость в современных больницах, что, безусловно, не лучшим образом отражается на качестве медицинской помощи.

Обязательные действия по наблюдению, осуществляемые без назначения врача

Обязательным является осмотр больного на педикулез при поступлении и далее 1 раз в неделю – это сестринское вмешательство, результаты осмотра регистрируются в истории болезни.

Всем стационарным больным производится термометрия. Термометрия проводится согласно стандарту, утвержденному ГОСТ Р 52623.1-2008 «Технологии выполнения простых медицинских услуг функционального обследования». Результаты измерений заносятся в температурный лист.

Вынося судно, ухаживающий персонал обязан контролировать мочу и кал. Контролируется количество, цвет и примеси в моче, при осмотре кала контролируется консистенция, примеси крови и слизи. Важно контролировать стул у пациентов, получающих антибиотики. Диарея, возникающая на фоне антибиотикотерапии, может говорить о развитии псевдомембранозного

колита, тяжелейшего осложнения, требующего проведения специальных противоэпидемических мероприятий и часто заканчивающегося смертью пациента. Характер стула регистрируется в температурном листе.

Если у больного установлен катетер, дренаж, зонд, стома и т.п., медсестра следит за их состоянием, осматривает окружающие ткани, контролирует отделяемое и т.п. У прооперированного больного контролируют состояние повязки – ее промокание кровью указывает на кровотечение.

Если состояние больного контролирует специальная аппаратура, медсестра следит за ее функционированием и предпринимает экстренные меры при критичном отклонении показателей или при сбоях в работе оборудования.

При наблюдении за лежачим больным медсестра самостоятельно, без врачебного назначения осматривает кожные покровы больных, следит за появлением и развитием симптомов, указывающих на дефекты общего ухода за больным (пролежней, контрактур и т.п.). Обычно этот осмотр производится при перестилании постели или смене белья.

Наблюдение по назначению врача

Часто по назначению врача медсестра измеряет больным АД. Измерение АД, как и термометрия, проводится согласно стандарту, утвержденному ГОСТ Р 52623.1-2008 «Технологии выполнения простых медицинских услуг функционального обследования». Результаты измерений заносятся в температурный лист.

Частым назначением является контроль суточного диуреза. Суточный диурез (объем мочи, выделяемый за сутки) зависит от количества выпитой жидкости и выделения мочи, а также потери воды с кожей (потом), легкими, кишечником. Для оценки суточного диуреза сравнивают количество мочи с количеством поступающей жидкости за сутки. В норме выводится 3/4 объема от поступающей жидкости. Таким образом, контроль диуреза предполагает подсчет выпитой и выделенной за сутки жидкости.

Врач может предупредить медсестру, что у больного могут развиваться боли, одышка или другие симптомы и дать указание, что делать в этом случае (вызвать дежурного врача, сделать инъекцию и т.п.).

Медсестра контролирует выполнение больным врачебных назначений (соблюдение режима, диеты, прием лекарств и т.п.).

О регистрации результатов сестринского наблюдения

Как отмечалось выше, общепринятой является практика регистрации результатов термометрии, измерения диуреза, АД, наблюдения за стулом больного в температурном листе. Остальные сестринские наблюдения, как правило, не фиксируются в истории болезни. В большинстве российских больниц не принято, чтобы медсестры делали отметки о своих наблюдениях за больным в историях болезни. Считается, что их полномочия заканчиваются докладом врачу (вызовом врача). В отделениях, где не удалось наладить четкой совмест-

ной командной работы врачей и медсестер, такое положение может привести к потере информации, которой располагают медсестры, и различным недо-разумениям, даже конфликтам. Только в некоторых больницах (отделениях) приказом главного врача введены Листы сестринских наблюдений, которые не являются обязательной формой первичной медицинской документации.

3.2. Оценка боли требует особого внимания

Больные с болевым синдромом требуют специальных мер по контролю боли. Наблюдая за больными с болевым синдромом, медсестра должна использовать стандарт технологии выполнения простой медицинской услуги «Оценка интенсивности боли», утвержденный ГОСТом Р 52623.3-2015. Это принципиально новая технология, и потому ниже мы приводим этот стандарт полностью, без сокращений. Технология оценки интенсивности боли имеет код А14.31.014.

Внимание! При знакомстве со стандартом особое внимание следует обратить на невербальные проявления боли, перечисленные в стандарте. Их наличие медсестра должна уметь определить без проведения каких-либо специальных опросов и исследований.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в следующей таблице.

Таблица 2

ТПМУМСУ «Оценка интенсивности боли»



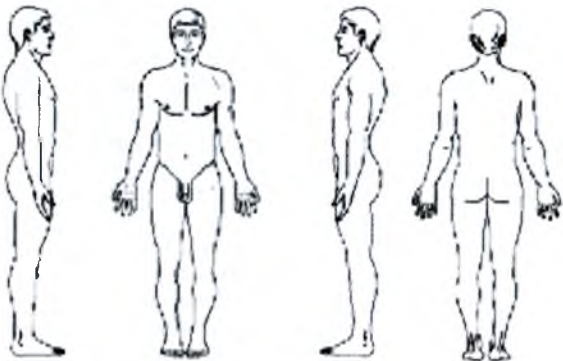
Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
<p>1. Требования к специалистам и вспомогательному персоналу</p> <p>1.1. Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги</p> <p>1.2. Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу</p>	<p>Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: «Лечебное дело», «Акушерское дело», «Сестринское дело».</p> <p>Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология», направление подготовки «сестринское дело (бакалавр)».</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги.</p>

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
<p>2. Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала</p> <p>2.1. Требования по безопасности труда при выполнении услуги</p>	<p>До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук.</p>
<p>3. Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Амбулаторно-поликлинические. Стационарные. Транспортные.</p>
<p>4. Функциональное назначение простой медицинской услуги</p>	<p>Диагностика заболеваний.</p>
<p>5. Материальные ресурсы</p> <p>5.1. Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения</p> <p>5.2. Реактивы</p> <p>5.3. Иммунобиологические препараты и реагенты</p> <p>5.4. Продукты крови</p> <p>5.5. Лекарственные средства</p> <p>5.6. Прочий расходный материал</p>	<p>Отсутствуют.</p> <p>Отсутствуют.</p> <p>Отсутствуют.</p> <p>Отсутствуют.</p> <p>Отсутствуют.</p> <p>Визуально-аналоговая шкала оценки боли. Вопросник Мак-Гилла по определению степени выраженности болевого синдрома. Вербально-рейтинговая шкала оценки боли. Числовая шкала оценки боли. Комбинированная шкала оценки боли.</p>
<p>6. Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p> <p>6.1. Алгоритм оценки интенсивности боли</p>	<p>1. Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры, (если пациент в сознании). Получить добровольное информированное согласие. В случае отсутствия такового уточнить</p>

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
<p>6.1. Алгоритм оценки интенсивности боли</p>	<p>дальнейшие действия у врача.</p> <p>2) Убедиться, что пациент находится в сознании. При диагностировании сознания, отличного от ясного использовать шкалу комы Глазго (Glasgow Coma Score) для диагностики уровня угнетения сознания.</p> <p>3) Убедиться в возможности речевого контакта с пациентом, учитывая тяжесть состояния, возраст, уровень сознания, нарушения речи, наличие/отсутствие языкового барьера.</p> <p>При невозможности речевого контакта с пациентом, диагностировать и документировать невербальные признаки болевого синдрома (маркеры боли).</p> <p>4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>II. Выполнение процедуры:</p> <p>1) При наличии ясного сознания и возможности речевого контакта провести оценку уровня боли на диагностическом уровне: – спросить у пациента о наличии боли.</p> <p>а) При подтверждении пациентом наличия болевого синдрома:</p> <p>1) Предложить пациенту оценить интенсивность боли по 5-балльной шкале.</p> <p>2) Выяснить локализацию боли.</p> <p>3) Выяснить иррадиацию боли.</p> <p>4) Выяснить продолжительность боли.</p> <p>5) Выяснить характер боли.</p> <p>6) Полученные результаты документировать. Зоны боли описать в терминах топографической анатомии или отметить на схематическом изображении человеческого тела.</p> <p>б) При отрицании пациентом наличия болевого синдрома, документировать в медицинской документации факт отсутствия боли в момент осмотра.</p> <p>в) При проведении повторного исследования уровня боли (динамический мониторинг уровня боли), провести оценку уровня боли на уровне динамической оценки.</p> <p>1) Предложить пациенту отметить текущий уровень боли на 10-балльной шкале визуально-аналогового контроля.</p> <p>2) Попросить пациента отметить на той же шкале уровень боли на момент предыдущего осмотра.</p> <p>3) Оценить положительную/отрицательную динамику субъективной оценки болевого синдрома в абсолютных и/или относительных показателях.</p> <p>4) Полученные результаты документировать.</p>

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
<p>6.1. Алгоритм оценки интенсивности боли</p>	<p>г) При проведении первичной оценки уровня боли, а также при изменении характера болевого синдрома провести оценку уровня боли на описательном уровне:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Инструктировать пациента о правилах заполнения вопросника Мак-Гилла по определению степени выраженности болевого синдрома. 2) Предоставить пациенту бланк вопросника Мак-Гилла и авторучку. 3) По окончании заполнения, рассчитать ранговые индексы по 4 основным группам (сенсорные ощущения, эмоциональные ощущения, оценка интенсивности, параметры, отражающие общие характеристики боли); на основании полученных показателей рассчитать ранговый индекс боли (РИБ). 4) Заполнить расчетные поля бланка вопросника. 5) На основании данных, заполнить поле «настоящее ощущение интенсивности боли» (НИБ). <p>III. Окончание процедуры:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ознакомить пациента с полученными результатами. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию. 4) При отказе пациента от проведения оценки, а также при наличии подозрений в истинности предоставляемых данных (симуляция, аггравация, диссимуляция) диагностировать и документировать невербальные признаки болевого синдрома (маркеры боли).
<p>7. Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p>	<p>При проведении оценки уровня боли по шкале Мак-Гилл (McGill) необходимо попросить пациента отметить одно слово, которое наиболее точно отражает его болевые ощущения в любых (не обязательно во всех) классах оценочной шкалы.</p> <p>В педиатрической, геронтологической, психиатрической практике, а также в случаях, когда проведение оценки уровня боли затруднено языковым барьером, может быть использована пиктографическая шкала, схематично изображающая выражения лица человека. К невербальным признакам боли (маркерам боли) относятся:</p> <ul style="list-style-type: none"> – влажная кожа; – тахикардия и тахипноэ, не связанные с заболеванием; – слезы, влажные глаза; – расширение зрачков; – вынужденная поза;

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
7. Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	<ul style="list-style-type: none"> – характерная мимика – сжатые зубы, напряжение мимической мускулатуры лица (нахмуренный лоб, поджатые губы); – прижатие рукой места локализации боли, поглаживание и растирание его; – нарушение глазного контакта (бегающие глаза); – изменение речи (темпа, связности, стиля); – поведенческие реакции (двигательное беспокойство, постукивание пальцами, непоседливость); – эмоциональные реакции: капризность, вспыльчивость, эмоциональная лабильность, вспышки агрессии; – нарушения сна; – потеря аппетита; – стремление к одиночеству; – стоны во сне или в те моменты, когда пациент считает, что он один; – частые разнообразные жалобы, не связанные с болью.
8. Достижимые результаты и их оценка	Уровень боли пациента объективно оценен в соответствии с приведенными методиками.
9. Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	<p>Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящем исследовании. Информация об оценке интенсивности боли, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели и ходе данного исследования. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на оценку интенсивности боли не требуется, так как данный диагностический метод не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется.</p>
10. Параметры оценки и контроля качества выполнения методики	<p>Проведение контрольного измерения с целью установления соответствия полученных данных</p> <p>Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии.</p> <p>Результаты измерения получены и правильно интерпретированы.</p> <p>Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации.</p> <p>Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения).</p> <p>Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.</p>
11. Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги	<p>Коэффициент УЕТ врача – 1,0.</p> <p>Коэффициент УЕТ м/с – 0.</p>

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
12. Графическое, схематические и табличное представления технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствуют.
13. Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	<p>1. Образец визуально-аналоговой шкалы.</p>  <p>2. Образец визуально-аналоговой шкалы для использования в педиатрической практике.</p>  <p>3. Образец схематического изображения мужского тела для графического обозначения зон болевого синдрома.</p>  <p>4. Образец схематического изображения женского тела для графического обозначения зон болевого синдрома.</p>

Раздел 4. Выполнение врачебных назначений

4.1. Общие принципы выполнения врачебных назначений

Согласно квалификационной характеристике палатная медсестра «выполняет назначения лечащего врача». Назначения касаются:

- общего ухода за больным (режим, диета, пособие при физиологических отправлениях, личная гигиена и т.п.);
- медицинского ухода (кормление через зонд, уход за мочевым катетером, клизма, бритье перед операцией, бинтование нижних конечностей эластичным бинтом, кислородотерапия через зонд или маску и т.п.);
- наблюдения за больным (термометрия, измерения АД, оценка интенсивности боли и т.п.);
- лекарственной помощи и других лечебных назначений (перевязка, санация ингаляционной трубки и др.);
- ассистенции врачу при выполнении им врачебных вмешательств;
- организации исследований, при необходимости – подготовки больного и транспортировки к месту проведения исследования;
- организации консультаций, при необходимости – подготовки больного и транспортировки к месту проведения;
- организации приема, перевода и выписки больных.

4.2. Необходимые действия медсестры на подготовительном этапе выполнения врачебных назначений

Выполнение врачебных назначений начинается с уточнения записи назначения, затем следуют процедуры идентификации пациента и информированного согласия.

Врачебное назначение

Документов федерального значения, регламентирующих фиксацию врачебных назначений, обязательных для исполнения во всех медицинских организациях, не существует. В отличие от температурного листа, форма Лист назначений не утверждена в качестве первичного медицинского документа. В разных ЛПО используются различные формы Листа назначений. В некоторых ЛПО Листы назначений не ведутся, а врачи записывают свои назначения в дневниках. Нам неизвестны ЛПО, где бы имелись локальные инструкции по ведению Листов назначений, в которых прописываются правила записи назначений и порядка работы медсестер с этими листами. Это осложняет работу медсестер, подчас ставит их в сложную ситуацию.

В ЛПО, где записи в Листе назначений ведутся от руки, возникает проблема

неразборчивого почерка. Ни в коем случае не следует пытаться самостоятельно расшифровывать неразборчивую врачебную запись! Такая расшифровка чревата возможными ошибками, ответственность за которую ляжет не на врача, а на медсестру.

Проблему также могут составить устные врачебные назначения и назначения врачей-консультантов. Практика показывает, что в реальной жизни медсестрам часто приходится работать в условиях, когда врач делает устное назначение и лишь несколько позже, после его выполнения, делает запись в истории болезни. При выполнении устных назначений мы советуем медсестре громко повторить врачу, как она поняла его указание, и дождаться подтверждения, что она правильно поняла его. В зарубежной практике принято записывать устные назначения, сделанные врачом, в рабочую записную книжку медсестры, а затем прочитывать вслух сделанную запись для получения устного подтверждения, что назначение правильно понято.

Должна ли медсестра выполнять назначения, сделанные врачом-консультантом? По общему правилу ответственность за больного несет его лечащий врач. В отсутствие лечащего врача эта ответственность передается дежурному врачу. Если в отсутствие лечащего врача пациента посетил врач-консультант и дал свои рекомендации (сделал назначения), медсестра должна доложить о его приходе лечащему или дежурному врачу и попросить дать распоряжение относительно сделанных консультантом рекомендаций.

Приступая к выполнению назначений, медсестра должна проверить запись, сделанную врачом, затем следуют идентификация пациента и процедура информированного согласия.

Идентификация больного

В основе любых действий медперсонала по выполнению врачебных назначений должна лежать четкая идентификация пациента (его биоматериалов, документов). Подойдя к больному, медсестра должна убедиться, что это тот больной, которому назначена процедура, что это его история болезни, его емкость с мочой и т.п. Любая путаница здесь может привести к самым тяжелым последствиям, вплоть до смерти или инвалидизации пациента.

При идентификации пациента следует придерживаться следующих правил:

- использовать как минимум два индивидуальных признака: например, имя пациента и дата рождения. Номер палаты как индивидуальный идентификационный признак использовать не рекомендуется: больного могут перевести в другую палату, забыв изменить запись. Признаки идентификации следует утвердить на уровне ЛПО, их применение не должно зависеть от предпочтений того или иного работника;
- при проверке информации необходимо использовать активный, а не пассивный метод. Больной сам должен назвать себя;
- нельзя строить опознание пациента на записях, наклеенных на кровати пациента или на медицинском оборудовании;

- все емкости для исследований должны подписываться в присутствии пациента. Предварительная маркировка емкостей должна быть запрещена!

Рассмотрим особенности идентификации больных в различных ситуациях:

Идентификация стационарного больного при взятии крови на биохимическое исследование. Идентификационными признаками для идентификации стационарного больного при проведении ему процедуры взятия крови для исследования, как правило, являются: Ф.И.О. больного, дата рождения и/или домашний адрес. Номер палаты (койки) для этих целей не используют. В этом случае после приветствия больного необходимо попросить его, если он находится в сознании, четко выговорить свое имя по буквам и назвать дату своего рождения или адрес места жительства. Затем необходимо сравнить сведения, которые получены от пациента, с информацией, которая указана в заявке на проведение лабораторных исследований. Если информация в заявке не совпадает со сведениями, полученными от пациента, необходимо поставить об этом в известность ответственного сотрудника медицинского отделения.

Идентификация спящего пациента. Спящего пациента необходимо разбудить, его личность должна быть установлена в соответствии с правилами, описанными выше. Сведения, полученные от пациента вербальным способом, необходимо сравнить с информацией, содержащейся в заявке на проведение лабораторного исследования и на идентификационном браслете (если такой имеется). Если пациент находится в коме или под действием медикаментов, то помочь его идентифицировать могут те, кто рядом с ним, – медицинская сестра, родственник или друг больного, сообщив его имя, адрес или дату рождения. Полученную информацию необходимо сопоставить с информацией, содержащейся в заявке на проведение анализа, для того чтобы верифицировать личность больного. Любое несоответствие сведений о больном должно быть зарегистрировано в медицинской документации и доложено старшему по должности. Необходимо также записать данные человека, который подтвердил идентичность больного.

Идентификация больных, находящихся в тяжелом состоянии. Если в отделение поступает неопознанный пациент или пациент, находящийся без сознания, медицинский работник обязан проявить повышенную внимательность. Пока не станет возможной положительная идентификация больного, необходимо обеспечить его временную контрольную идентификацию (например, прикрепить к пациенту с помощью браслета или другого подходящего устройства больничный номер). При использовании заявок на проведение диагностических исследований у таких больных необходимо следить за тем, чтобы в заявки/бирки вносился номер временной контрольной идентификации.

Пациенты с тяжелыми ожогами. Время от времени возникают ситуации, когда идентификационную/опознавательную бирку прикрепляют к кровати больного, а не к его руке. Перечень таких случаев должен быть строго опре-

делен и ограничен. Процесс идентификации больного по опознавательной бирке, прикрепленной к его кровати, должен отслеживаться и подтверждаться медицинской сестрой и соответствующей отметкой в медицинской документации. Бирка с именем больного на его кровати или двери палаты никогда не используется в качестве средства для подтверждения идентичности больного.

Процедура информированного согласия

Процедура информированного согласия подробно обсуждалась нами в разделе 1.

4.3. Лекарственные назначения

Выполнение лекарственных назначений занимает значительную часть времени постовой медсестры. Из-за ограниченности объема издания подробно мы остановимся только на этой группе врачебных назначений.

Лекарственное назначение врача должно быть выполнено с обеспечением требований лекарственной безопасности. Вкратце эти требования могут быть выражены формулой.

«**Нужной больной – нужное лекарство – в нужной форме и дозировке – нужным путем введения – в нужное время**», что означает, что больной должен получить нужное лекарство, в нужной форме и нужной дозировке, препарат должен быть введен предписанным образом и в соответствующее время; кроме того, необходимо контролировать влияние медикаментов на состояние пациента.

Обеспечение лекарственной безопасности при проведении инъекций и инфузий

Рассмотрим основные организационные меры обеспечения лекарственной безопасности на разных этапах проведения парентеральных вмешательств.

Этап хранения лекарств, контроль медикаментов. Одной из причин осложнений лекарственной терапии является нарушение правил хранения и контроля медикаментов.

Получив медикаменты, перед выкладыванием в шкаф или холодильник медицинская сестра должна провести контроль этих медикаментов:

- проверить надписи на упаковках (название препарата, концентрацию, номер партии, срок годности);
- выборочно проверить внешний вид жидкостей (помутнение, изменение цвета, наличие осадка, хлопьев);
- убедиться в наличии аннотаций. Палатная медицинская сестра должна хранить подшивки аннотаций, знакомиться с ними, уточнять условия хранения, разовые и суточные дозы, побочные эффекты и т.п. При знакомстве с аннотацией наркотических средств, ядовитых и сильнодействующих лекарств необходимо сделать (уточнить) справочные выписки высших разовых и суточных доз и держать их на видном месте.

Контроль хранящихся медикаментов повторяют регулярно (сроки годности). Препараты с истекшим сроком годности подлежат уничтожению.

Наркотические препараты, ядовитые, сильнодействующие хранятся в шкафу под замком.

Прочие препараты размещаются в шкафу наглядно, по лекарственным группам. Лекарства оставляют в упаковках, сохраняя номер партии. Переливать жидкости из одной емкости в другую, пересыпать препараты из одной упаковки в другую запрещено. Объединять препараты из разных упаковок в одну также категорически запрещено. Запрещается наливать технические жидкости в емкости из-под лекарств (например, дезинфектант во флакон из-под физиологического раствора).

Препараты, нуждающиеся в хранении на холоде, хранить в холодильнике. Среди них многие антибиотики, гормональные препараты, окситоцин, питуитрин, адреналин, витамины, гепарин, препараты инсулина и др. Условия хранения уточняются по надписи на упаковке и аннотации.

Некоторые препараты хранят в защищенном от света месте (например, перекись водорода).

Огнеопасные вещества хранят при температуре ниже 20°C.

Этап подготовки лекарств к инъекции (инфузии). Этот этап начинается с проведения контрольной процедуры. Контроль проводится при взятии препарата из шкафа для использования, при изъятии ампул из упаковки.

Ампулу (флакон) также контролируют непосредственно перед набором в шприц: в этот момент необходимо прочесть этикетку и сравнить с записью назначения, проверить срок годности, уточнить дозу, проверить, соответствует ли она обычной практике, еще раз проверить этикетку – уточнить, сколько нужно взять препарата с учетом назначенной дозы.

Меры безопасности при подготовке препарата для введения:

- для инъекции. При разведении препарата следует строго соблюдать требования производителя (вид растворителя, объем). Приготовленные растворы для инъекций не подлежат хранению и должны быть использованы сразу после набора;

- для инфузии. При приготовлении растворов для инфузий следует соблюдать правила асептики. Емкости подписывают: Ф.И.О. больного, время и дата приготовления, лекарство и растворитель, скорость введения. Приготовленный раствор должен быть установлен в течение 30 минут. При длительной инфузии

Рассматривая с точки зрения безопасности процесс смешивания растворов и лекарственных препаратов, следует помнить, что существуют недопустимые сочетания препаратов в одном шприце (флаконе). Необходимо помнить, что не всегда несовместимые сочетания дают помутнение раствора или образование хлопьев.

Нельзя смешивать препараты с разной реакцией среды (кислые и щелочные).

Плохо растворимые препараты не вводят капельно, только внутривенно струйно, с последующим промыванием системы.

Совместимость препаратов уточняется по справочникам. В отсутствие таковых следует спросить у клинического фармаколога. Если он не знает, смешивание препаратов недопустимо.

Многочисленные алгоритмы и стандарты сестринских манипуляций при описании действий в ходе проведения внутривенных инфузий начинаются с того, что медсестра должна приготовить все необходимое, в том числе раствор для инфузий. Откуда она взяла этот раствор, как его приготовила – этого в документах нет. Этот пробел, безусловно, должен быть преодолен. Ниже мы предлагаем читателю алгоритм приготовления медсестрами инфузионных смесей, который разработан фармацевтами, профессорами Г.Н. Ковалевской и Т.Л. Мороз. Авторы алгоритма перечисляют основные этапы процесса приготовления смесей для внутривенного введения, которые должны быть выполнены медсестрой:

- Выписать назначение в процедурный журнал.
- Обеспечить условия асептики: про кварцевать кабинет, накрыть стерильный стол (по всем правилам, как в оперблоке).
- Подготовить лекарственные препараты, растворители, инфузионные растворы, шприцы для набора лекарств. Проверить их соответствие назначению, дозы, срок годности, состояние упаковок (емкостей), внешний вид растворов.
- Введение лекарственного средства во флакон производят в асептических условиях.
- По окончании введения препарата и перемешивания смеси ее проверяют на внешний вид и на наличие включений (осадок, преципитаты). Если внешний вид изменился или появились включения, смесь не может быть использована для внутривенного введения больному.
- На емкость с приготовленной смесью приклеивают этикетку или делают на ней надпись, где содержится информация о составе смеси, сроке приготовления и Ф.И.О. медсестры, которая ее приготовила.
- Приготовленная смесь может быть использована в течение 1 часа.

Ниже мы приводим еще один пример – это протокол приготовления смеси для парентерального питания, представленный National Advisory Group on Standards and Practice Guidelines for Parenteral Nutrition (NAG – Национальный совет по стандартам и практике парентерального питания).

Протокол приготовления смеси для парентерального питания*

- *Оператор должен быть обучен правилам смешивания, должен знать правила асептической работы.*
- *Все поверхности, на которых готовится смесь, должны быть очищены и продезинфицированы; уровень загрязнения нужно постоянно контролировать.*

* Safe practices for parenteral nutrition formulations // JPEN 1998. 22:

- Следует проверять емкости и ампулы на наличие возможных трещин, протечек, других повреждений или загрязнений. Все необходимые компоненты должны находиться слева от работающего оператора. Отрывные крышки удаляются, а резиновые пробки протираются дезинфицирующим средством.

Электролиты, микроэлементы и витамины добавляются с помощью шприца в отдельные флаконы. Несовместимые вещества (в основном кальций и фосфат) добавляются отдельно. При приготовлении смесей для детей и новорожденных микроэлементы и электролиты могут быть также введены в конечный контейнер через инъекционный порт.

- Игла со встроенным воздушным фильтром вставляется в резиновую крышку, после чего содержимое сосудов переносится в этиленвинилацетатный или многослойный пластиковый пакет с применением специального набора для наполнения. Надо избегать прямого контакта между несовместимыми компонентами в небольшом объеме, например кальция и фосфата. Если раствор аминокислот, содержащий кальций, переносится первым, то содержимое бутылки с глюкозой и фосфатом должно быть перенесено последним, но только перед жировой эмульсией. В процессе наполнения пакет надо проверять на наличие признаков преципитации.

- Жировая эмульсия вносится последней таким образом, чтобы итоговую эмульсию можно было проверить на признаки нестабильности.

- Затем наполняющий набор отсоединяется, вход закрывается зажимом и накрывается крышкой.

- Поскольку химическая стабильность витаминов проблематична, то они добавляются через инъекционный порт непосредственно перед использованием.

- Полученная смесь должна быть промаркирована с указанием объема, состава, времени введения и срока годности.

- В зависимости от условий приготовления некоторые смеси для ПП могут храниться при 4°C, время введения должно быть ограничено 24 часами.

Этап введения препарата. На этапе введения препарата могут быть совершены непоправимые ошибки. Поэтому при каждой процедуре медицинская сестра должна строго соблюдать правила пяти «П» (о чем мы уже говорили выше):

- **правильный пациент.** Перед введением препарата необходимо идентифицировать пациента: спросить фамилию или проверить по браслету (другим признакам, принятым в ЛПО);

- **правильный препарат.** Сравнить надпись на ампуле с листом назначений. Уточнить переносимость препарата, аллергоanamnez;

- **правильная доза и концентрация.** Проверить расчет дозы;

- **правильный путь введения.** Проверить путь введения. Заранее уточнить место внутримышечной инъекции, венепункции;

- **правильное время введения** (когда вводить, скорость введения).

При проведении манипуляции следует строго соблюдать ее технологию. При выявлении технических ошибок следует провести рекомендованный комплекс мероприятий.

Этап наблюдения за больным и выявления осложнений терапии. Типичные симптомы непереносимости препарата или побочных эффектов:

- острые: нехватка воздуха, побледнение, изменения пульса, артериального давления;

- подострые: тошнота, рвота, головокружение, головная боль;

- отсроченные: диарея, сыпь, головные боли.

При выявлении непереносимости – прекратить введение, вызвать врача, сохранить вводимые препараты, далее действовать по инструкции для различных состояний.

Ошибки при раздаче лекарств в палатных отделениях и их профилактика

В обязанности палатных медсестер входит раздача лекарств. На этом этапе они часто совершают ошибки. Среди них:

- Невыдача назначенного препарата: назначение не выполнено.

- Перепутаны препараты: больному назначен один препарат, а выдан другой.

- Ошибка дозирования: количество препарата оказалось выше или ниже, чем предписано врачом.

- Нарушение кратности приема. Например, назначен препарат пролонгированного действия «retard», а выдан его обычный вариант, требующий нескольких приемов в течение дня, но в количестве, достаточном только для одного приема.

- Препарат выдан не в той форме, в которой был назначен. К примеру, больному ребенку назначен сироп, а ему выдали таблетки.

- Выдан некачественный препарат: с просроченным сроком годности, крошащаяся таблетка, препарат, который хранился с нарушениями требований к его хранению и т.п.

- Упаковка с препаратами для выдачи больному не имеет соответствующей наклейки или в надписи сделана ошибка.

При опросах медсестры чаще всего называли следующие причины своих ошибок:

- высокую нагрузку на персонал, некомплектованность кадрами, спешка;

- отвлекающие моменты и вынужденные перерывы в работе;

- стрессы и плохое самочувствие, плохое настроение, низкий моральный дух, отсутствие поддержки коллег, особенно врачей;

- плохую организацию работы, неудобное рабочее пространство, отсутствие четких инструкций по раскладке, участие в совместной работе неопытного коллеги;

- неразборчивый почерк врача и использование им сокращений, неудачный дизайн упаковок, схожие наименования лекарств;
- недостаточные знания о лекарствах, отсутствие необходимых навыков и опыта;
- отсутствие контроля раскладки, когда медсестра просто не знает о возможности таких ошибок.

Исследования показали, что определенного повышения безопасности при раздаче лекарств можно добиться довольно скромными мерами. Среди них: контрольные мероприятия, меры по устранению ошибок при переписке назначений, отказ от использования нестандартных сокращений, ненужных нулей и точек, отработка процедуры документирования и верификации устных распоряжений врача, рационализация рабочего пространства медсестры и т.п.

Контроль лекарственной раскладки во многих странах является обязательным мероприятием в рамках системы безопасности пациентов. Аудит проводится самим работником, который обязан контролировать свою работу. Цель аудита – обратить внимание персонала на существующую проблему ошибок, а тщательный разбор причин сделанных ошибок позволяет выявить их наиболее вероятные причины и устранить их с помощью организационных мероприятий. Не следует пренебрегать возможностями пациента как эксперта и контролера раскладки. Если пациент знает, какие медикаменты принимает, как выглядят назначенные ему таблетки и как их следует принимать, вероятность ошибки при раздаче будет практически сведена к нулю.

Если при записи дозы используются нули, а также точки и запятые, то возможна ошибка дозирования в 10 и даже 100 раз. Например, врач назначил препарат в дозе 1 грамм, записав «1.0». Медсестра не заметила точку и выдала больному препарат в количестве 10 граммов. Следует избегать использования подобных записей. Медсестры должны ориентироваться в дозировках лекарственных препаратов и знать о возможности подобных недоразумений при считывании записей назначений.

Необходимо продумать об организации рабочего места палатной медсестры, где она раскладывает таблетки. Если медсестра работает не в отдельном кабинете, а в специально оборудованном рабочем пространстве, не отгороженном от общего помещения, где находятся пациенты и ее коллеги, необходимо предусмотреть временное огораживание, например красной лентой, наличие которой означает: «Я приступила к раскладке лекарств, прошу не заходить за ленту и не беспокоить меня». Если и это невозможно, медсестра может надеть на себя специальную цветную накидку или цветной пояс, которые будут говорить о том же. Рабочее пространство должно быть хорошо освещено, а все необходимые материалы и лекарства легко доступны.

Размещение лекарств должно быть четко стандартизовано. Стандартизация способствует лучшему запоминанию, а беспорядок в хранении препаратов недопустим, т.к. мешает выработке автоматизма движений. Разумно размещать препараты в алфавитном порядке. Препараты высокого риска необходимо

хранить вдали от других препаратов. Необходимо позаботиться о безопасной визуализации лекарств. Этикетки на контейнерах для хранения лекарств должны быть легко различимыми и хорошо читаемыми. При необходимости проводится дополнительная цветная маркировка.

Медсестра, занимающаяся раскладкой лекарств, должна иметь быстрый и удобный доступ к информационным системам. Если препарат требует особого режима приема (до или после еды, разжевывать или запивать большим количеством воды и т.п.), эта информация может располагаться прямо на контейнере (полке) для хранения лекарства, рядом с наименованием препарата.

За рубежом имеются фирмы, специализирующиеся на проектировании рабочих мест для раскладки лекарств в больничных аптеках и на сестринском посту. Некоторые проекты представлены в Интернете. Особенно интересны в этих проектах специальные шкафы для хранения лекарств с удобными выдвижными полками, яркой маркировкой и т.п.

Итак, мы установили, что ошибки раздачи лекарств носят системный характер и должны устраняться системными мерами. Для нашей страны первейшим условием для начала такой работы является признание существования проблемы, о которой не принято говорить и которую не принято изучать. Вероятно, начать работу по устранению ошибок при раскладке лекарств разумнее всего с проведения ее аудита.

Анафилактический шок как опасное осложнение лекарственной терапии

Анафилактический шок – острая тяжелая системная угрожающая жизни реакция гиперчувствительности, сопровождающаяся выраженными нарушениями гемодинамики: снижением систолического артериального давления (ниже 90 мм рт. ст., или на 30% от исходного уровня), приводящим к недостаточности кровообращения и гипоксии во всех жизненно важных органах.

Профилактика анафилактического шока на уровне палатной медсестры:

- На титульном листе амбулаторной и/или стационарной карты больного необходимо указывать АС, вызвавшее аллергическую реакцию, дату реакции и ее клинические проявления.
- При отягощенном аллергоанамнезе не следует применять причинно-значимое или перекрестно реагирующие АС. При этом надо учитывать синонимы АС, производимых разными фармацевтическими компаниями.
- Обязательно наличие противошокового набора и инструкции по оказанию первой помощи при развитии анафилаксии не только в процедурных кабинетах, но и в кабинетах, где проводятся диагностические исследования с применением препаратов, обладающих гистаминолиберирующим действием (например, рентгеноконтрастные исследования).
- Кожные тесты с лекарственными препаратами при отсутствии указаний в анамнезе на лекарственную непереносимость неинформативны и не показаны.
- Наблюдение за пациентом в течение не менее 30 мин после введения АС.

Симптомы развивающегося анафилактического шока

Кожа: зуд, крапивница.

Дыхание: стрidor на вдохе – при отеке гортани, шумный выдох – бронхоспазм, сильная одышка, цианоз, хрипы при дыхании – отек легких.

Сердце, кровообращение: тахикардия, аритмия, гипотензия, остановка сердца.

Желудочно-кишечный тракт: рвота, колики, диарея.

В каждом ЛПО обязательно наличие письменного протокола по оказанию первой медицинской помощи при АШ. Инструкция, регламентирующая действия медсестры, должна быть согласована в установленном в данном ЛПО порядке и находиться на рабочем месте. В соответствии с инструкцией должна быть укомплектована противошоковая аптечка. Раствор адреналина должен храниться в холодильнике.

При лечении анафилактического шока скорость оказания помощи является критическим фактором. Главный препарат для лечения анафилактического шока – раствор адреналина гидрохлорида 0,1%, все остальные лекарственные средства и лечебные мероприятия рассматриваются как вспомогательная терапия.

Частая ошибка при оказании помощи при развивающейся анафилаксии: отказ от введения адреналина, начало действия глюкокортикоидов наступает не раньше 15–30 минут. Введение препаратов кальция не соответствует современным медицинским знаниям.

Порядок действий медицинской сестры при развитии анафилаксии

1) Прекратить поступление предполагаемого аллергена в организм. В случае введения ЛС в конечность выше места введения необходимо наложить венозный жгут для уменьшения поступления препарата в системный кровоток. Приложить лед к месту инъекции ЛС.

2) Оценить кровообращение, дыхание, проходимость дыхательных путей, сознание, состояние кожи и вес пациента.

3) Срочно вызвать врача, реанимационную бригаду (если это возможно) или скорую медицинскую помощь (если вы вне медицинского учреждения).

4) Как можно быстрее ввести в/м в середину передне-латеральной поверхности бедра 0,3–0,5 мл 0,1% раствора эпинефрина (адреналина гидрохлорида) взрослым (0,01 мг/кг веса, максимум – 0,5 мл, для детей – максимум – 0,3 мл того же раствора). При необходимости введение эпинефрина (адреналина) можно повторить через 5–15 мин. Большинство пациентов отвечают на первую или вторую дозу адреналина.

5) Необходимо уложить больного на спину, приподнять нижние конечности, повернуть его голову в сторону, выдвинуть нижнюю челюсть для предупреждения западания языка, асфиксии и предотвращения аспирации рвотными массами. Если у больного есть зубные протезы, их необходимо удалить.

6) Нельзя поднимать пациента или переводить его в положение сидя, так

как это в течение нескольких секунд может привести к фатальному исходу.

7) Необходимы контроль и обеспечение проходимости верхних дыхательных путей. В случаях нарушения проходимости дыхательных путей корнем языка в результате нарушения сознания необходимо выполнить тройной прием Сафара (в положении пациента лежа на спине переразгибают голову в шейно-затылочном сочленении, выводят вперед и вверх нижнюю челюсть, приоткрывают рот), при возможности – вводят воздуховод или интубационную трубку.

8) Обеспечить поступление свежего воздуха или ингалировать кислород (6–8 л/мин) по показаниям. Кислород поступает через маску, носовой катетер или через воздуховодную трубку, которую устанавливают при сохранении спонтанного дыхания и отсутствии сознания.

9) Наладить внутривенный доступ. Если препарат вводился в/в, то необходимо сохранить доступ. Вводить 1–2 л 0,9%-го раствора хлорида натрия (то есть для взрослого 5–10 мл/кг в первые 5–10 мин; для ребенка – 10 мл/кг).

10) Необходимо быть всегда готовым к проведению сердечно-легочной реанимации. Взрослым компрессию грудной клетки (непрямой массаж сердца) необходимо проводить с частотой 100–120 в минуту на глубину 5–6 см; детям – 100 в минуту на глубину 5 см (младенцам – 4 см). Соотношение вдохов с компрессией грудной клетки – 2:30.

11) Мониторировать АД, пульс, частоту дыхательных движений. При отсутствии возможности подсоединить монитор измерять АД, пульс вручную каждые 2–5 мин, контролировать уровень оксигенации.

12) Транспортировать больного в отделение реанимации.

Противошоковый набор

1. Раствор адреналина (эпинефрин) (0,1%, 1 мг/мл) в ампулах № 10.
2. Раствор мезатона 1% в ампулах № 5.
3. Раствор допамина 5 мл (200 мкг) в ампулах № 5.
4. Раствор супрастина 2% в ампулах № 10.
5. Раствор тавегила 0,1% в ампулах № 10.
6. Раствор преднизолона (30 мг) в ампулах № 10.
7. Раствор дексаметазона (4 мг) в ампулах № 10.
8. Гидрокортизон гемисукцинат или солюкортеф 100 мг – № 10 (для внутривенного введения).
9. Раствор эуфиллина 2,4% в ампулах № 10.
10. Сальбутамол аэрозоль для ингаляций дозированный 100 мкг/доза № 2.
11. Раствор строфантина-К 0,05% в ампулах № 5.
12. Раствор кордиамина 25% в ампулах № 5.
13. Раствор диазепама (реланиум, седуксен) 0,5% в ампулах № 5.
14. Раствор глюкозы 40% в ампулах № 20.
15. Раствор хлорида натрия 0,9% в ампулах № 20.
16. Раствор глюкозы 5% – 250 мл (стерильно) № 2.

17. Раствор хлорида натрия 0,9% – 400 мл № 2.
18. Раствор атропина 0,1% в ампулах № 5.
19. Спирт этиловый 70% – 100 мл.
20. Роторасширитель № 1.
21. Языкодержатель № 1.
22. Кислородная подушка № 2.
23. Жгут № 1 24. Скальпель № 1.
25. Шприцы одноразового пользования 1 мл, 2 мл, 5 мл, 10 мл и иглы к ним по 5 шт.
26. В/в катетер или игла (калибром G14–18; 2,2–1,2 мм) № 5 – 2.
27. Система для в/в капельных инфузий № 2.
28. Пузырь со льдом № 1.
29. Перчатки медицинские одноразовые – 2 пары.
30. Воздуховод.
31. Аппарат дыхательный ручной (тип Амбу).

Раздел 5. Санитарно-противоэпидемический режим. Утилизация отходов

Согласно квалификационной характеристике палатная медсестра «осуществляет мероприятия по соблюдению санитарно-гигиенического режима в помещении, правил асептики и антисептики, условий стерилизации инструментов и материалов, предупреждению постинфекционных осложнений, гепатита, ВИЧ-инфекции.

Осуществляет сбор и утилизацию медицинских отходов».

Полностью раскрыть эти пункты в данном издании нельзя, поскольку требует слишком большого объема. Читателю будут предложены лишь отдельные вопросы, нечасто обсуждаемые в общедоступной литературе (обработка кроватей, утилизация биологических выделений, изоляционно-ограничительные мероприятия, в том числе – палатная изоляция и использование медицинских масок), а также всегда актуальные вопросы гигиены рук.

5.1. Санитарно-гигиенический режим в помещении

В каждом отделении должна быть инструкция по санитарно-эпидемиологическому режиму. Рассмотрим основные положения, которые должны содержаться в этой инструкции.

Проведение текущих и генеральных уборок.

Обеззараживание воздуха

Сразу отметим, что проведение уборок в палатах и коридорах не входит в компетенцию палатной медсестры, но она должна знать требования к ним, чтобы контролировать работу младшего медперсонала.

Что касается режимных кабинетов, то, как известно, ответственность за качество уборки в процедурном и перевязочном лежит на медсестрах этих кабинетов. В настоящее время многие отделения отказались от должностей медсестер процедурной и перевязочной. В их отсутствие постовая медсестра является «хозяйкой» процедурного и перевязочного кабинетов и несет ответственность за уборки режимных кабинетов. Администрация больницы отвечает за наличие инструкций по проведению уборок в режимных кабинетах и инструктаж персонала, который эти уборки осуществляет.

Постовые медсестры, работающие в этих кабинетах на дежурствах, соблюдают режим обеззараживания воздуха в соответствии с выполненными расчетами.

Обработка предметов ухода и рабочих поверхностей

Каждый предмет ухода следует должным образом очистить и продезинфицировать. Обработка предметов ухода должна производиться в соответствии с инструкциями, утвержденными эпидемиологом. Инструкция составляется

с учетом особенностей материалов, из которых изготовлено изделие, и его конструктивных особенностей.

В соответствии с п. 4.4.6, п. 6.16 СанПиН 2.1.3.2630-10* предметы ухода за пациентами (подкладные клеенки, фартуки, чехлы матрасов из полимерной пленки и клеенки) дезинфицируют способом протирания тканевой салфеткой, смоченной раствором дезсредства; судна, мочеприемники, тазики эмалированные и др. – способом погружения в раствор дезсредства с последующим промыванием водой.

Режим обработки дезинфекционными средствами выбирается в соответствии с преобладающей микрофлорой и с учетом рекомендаций по использованию ДС.

До палатной медсестры необходимая информация доводится в виде четкой инструкции. В отделении должны наличествовать инструкции по обработке термометров, подкладных суден и уток, клизм, зондов для промывания желудка и т.п. Вся работу по подготовке инструкций проводят эпидемиологи и главная (старшая) медсестра.

Обработка кровати и постельных принадлежностей

После выписки (перевода, смерти) пациента его кровать подвергается обработке. Она освобождается от белья, которое сдается в стирку, постельных принадлежностей, которые сдаются в дезинфекцию, и все ее поверхности дезинфицируются методом протирания. Также дезинфицируются прикроватный столик и прилежащие поверхности стен.

Все это не входит в обязанность медсестры, однако она должна контролировать младший медперсонал и не допускать застилая белья для следующего больного без предварительной обработки кровати после предыдущего пациента.

Биологические выделения. Обеспечение физиологических отпавлений лежачих больных: их обработка и утилизация

К биологическим выделениям относят раневое отделяемое, мокроту, рвотные массы, мочу, кал и др. При контакте с биологическими выделениями обязательно надевают одноразовые перчатки. Использование перчаток не освобождает от необходимости мытья рук до и после их использования.

Использование и обработка подкладных суден. Утилизация кала и мочи. После использования судно освобождают от содержимого. В соответствии с санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативами СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами» (приложение) (далее – СанПиН 2.1.7.2790-10), п. 5.7 жидкие отходы класса Б (рвотные массы, моча, фекалии) и аналогичные биологические жидкости больных туберкулезом допускается сливать без предварительного обеззараживания в систему централизованной канализации. При отсутствии централизованной канализации обеззараживание данной категории отходов проводят химическим или физическим методом. Если такая технология допускается

* Утверждены Постановлением главного государственного санитарного врача РФ от 18 мая 2010 г. № 58.

для больных туберкулезом, значит, она допустима и для отделений общей сети. Если же речь идет об обеззараживании выделений инфекционных больных, которые относят в классу В, то в соответствии с п. 4.21. СанПиН 2.1.7.2790-10 необходимо применение химических или иных методов дезинфекции. Выбор метода обеззараживания (дезинфекции) осуществляется при разработке схемы сбора и удаления отходов. При этом жидкие биологические отходы класса В в соответствии с п. 4.22 СанПиН 2.1.7.2790-10 помещают в твердую (непрокаляемую) влагостойкую герметичную упаковку (контейнеры).

Если судно очищается типичным способом (выливается в унитаз, а затем обрабатывается), то необходимо использовать средства индивидуальной защиты: халат, перчатки, непромокаемый фартук, закрытую легкообрабатываемую устойчивую нескользкую обувь.

Для очищения суден (ведер, горшков) механическим способом используют отдельный инвентарь, который применяют строго по назначению, маркируют, дезинфицируют, хранят отдельно от другого уборочного и вспомогательного инвентаря. Не рекомендуется использовать губки, отбеливатели и прочие препараты бытовой химии, не предназначенные для дезинфекции предметов ухода за пациентом.

Обработка судна зависит от режима его использования. В стационарах не всегда каждому пациенту дают индивидуальное судно. В случаях, если одно судно используется для нескольких пациентов, в соответствии с п. 2.1 п. 2.5 раздела II «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» (далее – СанПиН 2.1.3.2630-10) после каждого пациента необходимо проводить его очищение и дезинфекцию с последующей стерилизацией.

Исключение составляют роддома, где обязательно каждой женщине выделяют индивидуальное судно. Судно не должно стоять на полу. Его следует размещать на специальной подставке (п. 13.2 СанПиН 2.1.3.2630-10). На медицинских многофункциональных кроватях для этого имеется специальный кронштейн.

5.2. Гигиена рук

По определению ВОЗ гигиена рук – это общий термин, относящийся к любому действию по очищению рук.

Показания к применению гигиены рук

Руки становятся факторами передачи в следующих обстоятельствах:

- при уходе за одним пациентом из одного локуса организма в другой: пациент локус А – руки – пациент локус Б (к примеру, после обработки инфицированной раны медработник произвел манипуляцию на мочевом катетере);
- при уходе за несколькими пациентами – от одного пациента к другому: пациент А – руки – пациент Б;
- при контакте с объектами внешней среды, контаминированными пациентом: пациент А – объекты внешней среды – руки – пациент Б;

- при контакте с объектами внешней среды, контаминированными другим медицинским персоналом: пациент А – руки – объекты внешней среды – руки – пациент Б;
- при контакте контаминированными руками с медицинским оборудованием (инструментарием, медикаментами), особенно со стерильными инструментами и медикаментами: руки – медицинский инструментарий – пациент;
- при контакте с собой / средствами индивидуальной защиты: контакт с собой – руки – пациент.

Понимание процесса передачи инфекции через руки позволяет сформулировать требования к гигиене рук в целях ее профилактики. Федеральные клинические рекомендации «Гигиена рук медицинского персонала» (утверждены в ноябре 2014 г. Национальной ассоциацией по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (НП «НАСКИ»)), предписывают:

«Выполняйте гигиену рук:

- *до и после контакта с пациентом;*
- *до того, как прикоснуться к инвазивному устройству для ухода за пациентом, независимо от того, используете вы перчатки или нет;*
- *после контакта с биологическими жидкостями или выделениями, слизистыми оболочками, неповрежденными участками кожи или повязкой;*
- *если при осмотре одного пациента вы переходите от контаминированного участка тела к неконтаминированному;*
- *после контакта с предметами (включая медицинское оборудование) из ближайшего окружения пациента;*
- *после снятия стерильных или нестерильных перчаток;*
- *после контакта «с собой»: касания носа, прикрывания рта при кашле и чихании, контакта с медицинской одеждой; после снятия средств индивидуальной защиты (защитная одежда, маски, респиратора и пр.);*
- *до входа и перед выходом из палаты;*
- *перед началом работы с медикаментами или приготовлением еды».*

Способы гигиены рук

Различают два вида обработки рук, имеющих разные цели. Это:

- гигиеническая обработка рук с целью удаления транзитной флоры и
- хирургическая обработка с целью удаления транзитной флоры и максимального снижения резидентной флоры.

Гигиеническая обработка рук. Гигиеническая обработка рук по определению проводится с целью снижения транзитной («чужой») флоры, без затрагивания резидентной («своей») кожной флоры. Ее можно проводить разными методами. Ранее предпочтение отдавалось обычному мытью водой с мылом, которую дополняли последующей обработкой кожи антисептиком. Теперь в большинстве случаев следует отдавать предпочтение гигиенической обработке рук с применением безводного антисептика, без предварительного мытья

рук водой с мылом. И только в отдельных случаях, при наличии сильных загрязнений или загрязнений кровью и другими биологическими жидкостями, рекомендовано использовать старый способ – мытье рук с дополнительной обработкой антисептиком. При этом последовательность выполнения мытья рук и обработки антисептиком зависит от характера загрязнения рук.

Если речь идет об обычном загрязнении рук, то сначала грязь смывают с помощью простого мытья водой с мылом, а уже затем, после высушивания, рук проводят антисептическую обработку. Если же загрязненные руки сильно контаминированы микроорганизмами, то порядок действий меняется. Сначала производится антисептическая обработка рук, уничтожающая часть микроорганизмов. Затем они смываются водой с мылом. И уже затем высушенные салфеткой руки обрабатываются антисептиком по классической схеме гигиенической антисептической обработки.

Таким образом, гигиеническая обработка рук с помощью антисептика может совершаться в один этап, а также в два и даже в три этапа.

- При отсутствии видимых загрязнений гигиеническую обработку рук кожными безводными антисептиками проводят без предварительного мытья водой и мылом (один этап).

- В случае наличия видимых загрязнений руки предварительно моют с мылом (двухэтапная обработка).

- При загрязнении рук кровью или другими физиологическими жидкостями сначала удаляют загрязнения ватно-марлевым тампоном или марлевой салфеткой, смоченными кожным антисептиком. Затем на кисти рук наносят необходимое количество этого же антисептика (для большинства антисептиков это 3 мл) и втирают в кожу до полного высыхания в течение рекомендованного времени. После чего руки моют проточной водой и мылом, высушивают их салфеткой, а затем на сухие руки вновь наносят 3 мл антисептика и втирают его в кожу. Таким образом, в этом случае обработка проводится в три этапа.

Исключением из общего правила являются ситуации, когда есть подозрение на клостридиальную инфекцию. В этих случаях следует предпочесть мытье рук с мылом, так как споры возбудителя не чувствительны к спиртам, и единственное, что остается делать, – это смыть их с поверхности кожи с помощью воды и мыла.

Рассмотрим подробнее технику мытья рук и обработки кожи рук кожным антисептиком, которые проводятся в целях гигиенической обработки рук, т.е. для снижения обсемененности транзитной флорой.

Предварительное условие: руки медицинского работника, который приступает к гигиенической обработке рук, должны быть чистыми и здоровыми. Никакое очищение не поможет, если у медицинского работника неухоженные и нездоровые руки. Медицинские работники должны приходить на работу с чистыми руками и ногтями. Ногти должны быть коротко пострижены, не выходить за пределы кончика пальца. Ногти должны быть гладкими, не допускается наличие старого растрескавшегося лака. Работники, у которых имеется инфицирование ногтевого ложа, а также те, кто имеет кожные ин-

фекции, не допускаются к выполнению работ, при которых может произойти инфицирование пациента. Если они выполняют работы, исключая инфицирование пациента, то места повреждения кожи должны быть заклеены лейкопластырем или повязкой, непроницаемой для воды и микроорганизмов. Перед обработкой рук необходимо снять все украшения (кольца, перстни).

- Мытье рук с мылом обеспечивает механическое удаление транзиторных микроорганизмов с поверхности кожи. Правильное мытье водой с мылом требует длительного времени и наличия санитарно-технического оборудования, которое есть не во всех палатах и местах оказания медицинской помощи. Обычное, домашнее мытье рук с мылом отличается от гигиенического мытья рук в медицинском учреждении тем, что его технология не стандартизована. Мытье рук медицинского персонала называют гигиеническим, так его цель четко сформулирована – удалить транзиторную флору, и потому четко регламентирован порядок выполнения процедуры, соблюдение которого позволит достичь поставленной цели.

- При мытье рук водой и мылом используют теплую, не слишком горячую проточную воду, так как горячая вода сушит кожу.

- В течение многих лет для мытья рук в медицинских учреждениях допускалось использование твердого кускового мыла. При применении мыла в кусках рекомендовалось использовать мыльницы, позволяющие мылу высыхать между применением, лучше всего с магнитной подвеской. В настоящее время твердое мыло повсеместно заменено на жидкое. Дело в том, что повторно используемое кусковое мыло само по себе может стать источником инфекций, даже если хранится в сухом виде. Жидкое мыло используется в дозаторах или других устройствах (диспенсерах), позволяющих обеспечить его подачу.

- Эксплуатация дозаторов требует соблюдения некоторых важных правил, иначе и они могут стать источником ИСМП. В частности, запрещено добавлять новую порцию мыла в частично заполненный дозатор; его нужно опорожнить, продезинфицировать, вымыть, высушить и только после этого заполнить свежей порцией мыла.

- Мыть руки более 1 минуты нецелесообразно, следует избегать разбрызгивания воды и контакта с крапом и раковиной.

- По окончании мытья рук их высушивают одноразовыми салфетками.

- Многоцветные полотенца запрещены. Не рекомендуется применять электрические сушилки для рук, так как это ведет к высушиванию кожи рук. Кроме того, они создают потоки воздуха, которые разгоняют пыль, которая может быть загрязнена возбудителями ИСМП.

- Закрывая кран с водой и высушивая руки, следует позаботиться о том, чтобы не загрязнить кожу рук повторно.

- При гигиенической обработке рук кожным антисептиком следует соблюдать определенную технику, поскольку специальные исследования показали, что при проведении гигиены рук определенные участки кожи остаются загрязненными. Так, при гигиене рук чаще всего пропускаются следующие участки кожи:

– кончики пальцев (наиболее контаминированы, т.к. все действия осуществляются при помощи кончиков пальцев);

– межпальцевые промежутки,

– большой палец (редко подвергаются воздействию при проведении гигиены рук).

Кожный антисептик наносят на сухие руки в количестве, достаточном для поддержания рук во влажном состоянии в течение всего времени обработки, но не менее 3 мл. Наносить антисептик на влажные руки запрещено, так как при этом происходит разведение препарата водой, которая находится на поверхности кожи. В результате нарушаются режимы обработки рук. Необходимо соблюдать дозировку антисептика: его количества должно хватить для полного покрытия всех кожных поверхностей кистей, а также он не должен испариться до окончания срока требуемой экспозиции. После окончания обработки следует дождаться полного высыхания антисептика. Не допускается ускорение процесса с помощью протирания салфеткой или размахивания руками, обдувания воздухом изо рта.

Предоперационная (хирургическая) обработка рук. Предоперационная (хирургическая) обработка рук подразумевает не только уничтожение транзитной флоры, но и снижение численности резидентной микрофлоры.

Ниже приведены краткие рекомендации по проведению предоперационной (хирургической) обработки рук.

- Снимите кольца, наручные часы и браслеты до того, как приступить к гигиене рук перед хирургическим вмешательством.

- Искусственные ногти недопустимы.

- Раковины должны быть спроектированы таким образом, чтобы уменьшить количество брызг.

- Если вы не уверены в чистоте ваших рук, вымойте руки обычным мылом для подготовки к антисептике рук перед хирургическим вмешательством. Удалите грязь из-под ногтей, используя ногтечистку, желательна под проточной водой.

- Щетки не рекомендуются для мытья рук перед операцией.

- До надевания стерильных перчаток необходимо выполнить предоперационную антисептику рук с использованием спиртового антисептика для рук, предпочтительно с ингредиентами, обеспечивающими длительное действие.

- Следуйте инструкциям производителя по длительности применения при использовании средств для гигиены рук. Наносите средство исключительно на сухие руки. Не используйте последовательно хирургический скраб для рук и спиртовой антисептик для рук.

- При использовании спиртового антисептика берите достаточное количество продукта, чтобы руки и предплечья во время предоперационной обработки оставались влажными.

5.3. Изоляционно-ограничительные мероприятия

Если в палатном отделении появился больной с подозрением на инфекционное заболевание, персонал должен обеспечить необходимые изоляцион-

ные мероприятия в зависимости от характера инфекционной патологии, ее контагиозности.

Палатная и временная изоляция больного

В обычных отделениях стационаров огромную роль играют инфекции, вызванные неспецифическими возбудителями (хирургические инфекции, пневмонии и хронические заболевания легких, даже гастрит и кариес). Больных с этими, по сути, инфекционными болезнями не переводят в инфекционные стационары, но они, находясь в стационарах общего профиля, способны заразить других и потому нуждаются в изоляции. В то же время в инфекционных и противотуберкулезных больницах описаны тысячи случаев перекрестной инфекции. Стало ясно, что больные «классическими инфекциями» могут «обмениваться» возбудителями, и поэтому в идеальном варианте все они должны находиться в изолированных помещениях. И, наконец, появилась группа больных с резко сниженным иммунитетом, которая нуждается в защитной (протективной) изоляции от других. Таким образом, и в ЛПО общей сети, и в ЛПО инфекционного профиля необходимо развивать практику палатной изоляции.

Для изоляции могут использоваться отдельные палаты с туалетом и раковиной, полубоксы и боксы. Выбор зависит от степени контагиозности инфекции. Может различаться и инженерное оборудование (вентиляция). Так, при устройстве палат для больных с инфекциями с аэрозольным механизмом передачи оборудуют палаты с отрицательным давлением воздуха. Всегда должна быть создана возможность, чтобы сменить халат, обработать руки и оборудование, выполнить сброс отходов.

Помимо разделения в пространстве, широко применяют изоляцию по времени. Например, в перевязочной сначала делают «чистые» перевязки, а затем – «грязные». В кабинете врач принимает сначала больных общего профиля, а затем – фтизиатрического профиля.

Организация изоляционно-ограничительных мероприятий

Если принято решение о необходимости палатной изоляции, больной должен быть помещен в отдельную палату (бокс), дверь которой должна держаться в закрытом состоянии (палатная изоляция). На двери необходимо сделать надпись о правилах работы в этой палате с находящимся в ней пациентом.

В этой надписи необходимо отразить:

- Как передается инфекция? Аэрозольный механизм или контактно-бытовой? Указание на то, что в данной палате лежит больной с инфекцией, имеющей аэрозольный механизм передачи, сразу настроит персонал на защиту респираторных путей (маска).

- Нужна ли защита глаз? Если инфекция передается и через слизистую глаз, дополнительно сообщается о необходимости защитить глаза (очки).

- В любом случае при входе в палату – вымыть руки. Это делается для защиты больного от заноса инфекции.

- Если планируются медицинские процедуры или уборка палаты, необходимо надеть одноразовый халат и перчатки. Если предстоит контакт с пациентом, перед надеванием перчаток необходимо обработать руки.
- Дверь в палату следует плотно закрывать.
- При выходе из палаты следует снять перчатки, одноразовый халат и маску и сбросить их в емкость для отходов.
- Заключительный этап – обработать руки.

Маски* как изоляционная мера

Маски являются одним из средств изоляционной зашиты.

Маска для больного. Пациент или сотрудник, страдающий аэрозольной инфекцией, является источником заражения. При кашле, чихании, разговоре и дыхании он вместе с микрочастицами слюны, слизи, бронхиального секрета выделяет в воздух возбудителей инфекции, которые контаминируют эти микрочастицы. Если нос и рот прикрыть марлей или другой тканью (материалом), которые пропускают вдыхаемый и выдыхаемый воздух, но задерживают объемные частицы, то можно ограничить поступление этих частиц в окружающее пространство. Таким образом, маски, используемые выделителем инфекции, в принципе способны защитить окружающих от заражения.

Маска для здорового человека, контактирующего с больным. Но защитит ли маска тех, кто вынужден контактировать с больным пациентом? Эксперты единодушны: будучи использованы здоровыми людьми для профилактики инфекций с аэрозольным путем передачи, маски из марли, хлопка и бумаги, даже многослойные, не способны обеспечить надежной защиты от вдыхания инфекционных аэрозолей микроорганизмов, взвешенных в воздухе помещения. Это связано в первую очередь с тем, что эти материалы имеют ограниченную фильтрационную способность и не способны сколь-либо надежно задерживать контаминированные частицы аэрозоля. В практическом руководстве ВОЗ «Предотвращение ВБИ»** прямо сказано: «Маски из хлопка, марли, бумаги неэффективны».

Иное дело – фабрично изготовленные маски из бумаги с добавлением синтетических материалов: они отличаются более высокой фильтрационной способностью и способны задерживать микроорганизмы. В Европе и США действуют стандарты, в которых содержатся требования к фильтрующей способности таких масок. При правильном использовании маски, удовлетворяющие этим требованиям, способны защитить медработника, находящегося на близком расстоянии от больного (менее 1 метра) от крупных аэрозольных частиц в момент их выделения при разговоре, кашле, чихании и дыхании больного. Такие маски можно рекомендовать в качестве средства кратко-

* В евростандарте EN 14683 «Хирургические маски – рекомендации и методы испытаний» (Surgical masks – Requirements and test methods) приведены термины, определения и требования к хирургическим маскам, а также методы их испытаний.

** Предотвращение ВБИ. Практическое руководство, 2-е издание (WHO/CDS/EPH/2002.12).

временной защиты при инфекциях, вызванных возбудителями относительно крупных размеров (более 5 микрон). Однако сразу после окончания работы с больным на близком расстоянии маска должна быть снята и уничтожена.

Вместе с тем даже такие маски не дают гарантированной защиты от аэрозолей микроорганизмов, распространившихся по воздуху помещения, так как неплотно прилегают к лицу, и часть воздуха с аэрозольными частицами проходит под маску и попадает в дыхательные пути, минуя фильтрующую преграду. Однако значит ли это, что маски совсем не защищают тех, кто контактирует с больным респираторной инфекцией, вызванной «мелкими возбудителями» размером менее 5 микрон? К числу таких возбудителей относится, например, вирус гриппа. Специальные исследования по оценке мер профилактики ОРВИ и гриппа среди медицинских работников доказали, что ношение медицинских масок может снизить их заболеваемость этими инфекциями*.

Таким образом, маска не гарантирует защиты от заражения, но снижает его вероятность. Медицинский персонал должен понимать, что медицинские маски не обеспечивают ему надежной защиты от инфекций, передающихся аэрозольным путем. Их можно использовать, если эпидемиологические риски невелики. При высоких рисках использование медицинских масок должно быть запрещено. Персонал, работающий в условиях повышенных рисков заражения гриппом, туберкулезом и другими опасными инфекциями с аэрозольным механизмом передачи, должен быть обеспечен персональными респираторами.

Для того чтобы маска выполняла защитную функцию, необходимо строго соблюдать несколько условий:

- маска должна плотно закрывать рот и нос, не оставляя зазоров, и плотно крепиться;
- нельзя касаться руками внешней фильтрующей поверхности надетой маски. На ней могут находиться возбудители инфекции. Если носитель маски все же был вынужден прикоснуться к ней, необходимо вымыть (обработать) руки;
- влажную или отсыревшую маску следует сменить на новую, так как влажный материал легко пропускает микроорганизмы с внешней поверхности на внутреннюю. Следует знать, что использование отсыревшей маски увеличивает риск заражения;
- одноразовую маску нельзя использовать повторно;
- использованную одноразовую маску снимают за тесемки, не прикасаясь к фильтрующей поверхности. Ее следует немедленно выбросить в отходы;
- тканевые хирургические маски после использования подлежат дезинфекции, стирке и могут быть использованы повторно;
- следует подчеркнуть, что даже правильно надетая маска не защищает от попадания аэрозолей на слизистые глаз, и поэтому они требуют дополнительной защиты очками.

* Jefferson T, Foxlee R, Del Mar C et al. «Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses: systematic review», BMJ 2008; 336; 77–80.

Общий план аттестационной работы палатной медсестры

Задача аттестационной работы медсестры – дать описание и анализ своей деятельности. Структурной основой работы может стать квалификационная характеристика постовой медицинской сестры или ее должностная инструкция. Акцент следует делать на клинической работе с больными, которая указана в первой строчке квалификационной характеристики.

Введение. Краткая информация о стационаре и отделении, где работает медсестра. Кадровый состав отделения (есть ли процедурная медсестра, младший медперсонал по уходу, какова доступность дежурного врача во время дежурства, какова доступность охраны на случай ЧП). Должностная инструкция палатной медсестры.

1. Деонтологические принципы работы постовой медсестры. В качестве общей информации можно рассказать об основных деонтологических принципах сестринской работы, используя при этом Этический кодекс медицинской сестры. Раскрывая применение этих принципов на практике, можно написать о правилах информированного согласия, принятых в вашем отделении.

2. Клиническая работа постовой медсестры (сестринское наблюдение и уход за больными, выполнение врачебных назначений).

2.1. Больные, с которыми я имею дело.

Сколько больных приписано к посту, на котором вы работаете. Нозологический состав больных.

Для того, чтобы написать этот раздел, достаточно один раз изучить диагнозы по историям болезни пациентов, находящихся в стационаре на определенный день (такой срез адекватно отразит структуру заболеваний тех пациентов, которых наблюдает медсестра). Здесь же следует дать информацию о тяжести наблюдаемых больных.

2.2. Много ли на моем посту «лежачих больных»?

Есть ли на моем посту больные с дефицитом самоухода? Как решаются их проблемы?

При написании этого раздела советуем использовать информацию из раздела 1 данного издания, где перечислены основные услуги в рамках общего ухода за больными с дефицитом самоухода. Проводите ли вы профилактику осложнений у лежачих больных (пролежни, контрактуры, тромбозы)?

2.3. В каких услугах по медицинскому уходу нуждаются мои пациенты?

Здесь также следует использовать материал раздела 1, где перечислены основные услуги сестринского ухода.

2.4. Наблюдение за больными.

Условно работу медсестры по наблюдению за больными можно разделить на несколько разделов. Общее наблюдение (наличие пациента на койке и его общее

состояние, термометрия), наблюдение за «лежачими больными», наблюдение за «тревожными больными», наблюдение за больными, которые только что поступили или только что были переведены, а также наблюдение по назначению врача.

Отдельно следует описать, с какими жалобами обращаются больные, и свои действия при этом. Например, больные со стенокардией часто жалуются на боли в сердце. В этом случае, по назначению врача, медсестра предлагает больному принять нитроглицерин и ставит горчичник на область сердца. Далее следует описать практику, которая сложилась в вашем отделении.

К каким больным вызывали дежурного врача – по назначению лечащего врача и по собственной инициативе? Отдельно следует отразить наблюдение за больными с болевыми синдромами. Чтобы написать этот раздел, полезно провести самонаблюдение в течение одной-двух рабочих смен.

2.5. Выполнение врачебных назначений.

Этот раздел также может быть составлен на основе изучения одной рабочей смены. Какие врачебные назначения я выполнила за одну смену?

Отдельно можно проанализировать раскладку таблеток, инвазивные вмешательства, подготовку к исследованиям или операции и т.п.

2.6. Если медсестра участвует в выполнении врачебных вмешательств, то необходимо отразить это в пункте «Я ассистирую врачу».

2.7. Неотложные мероприятия.

В этом разделе следует описать ваши действия при возникновении неотложной ситуации, например, развитии у больного анафилактического шока, клинической смерти.

3. Режимные вопросы в работе медсестры

3.1. Санитарно-противоэпидемический режим. В этом пункте работы можно выделить какую-нибудь одну проблему, например, проблему организации гигиены рук. При выборе такого варианта необходимо написать, в каких случаях вы осуществляете гигиену рук, по каким технологиям, какое оборудование и какие препараты используете и т.п.? Если у вас есть инструкции по санитарно-противоэпидемическому режиму, скопируйте их в качестве приложений.

3.2. Документационное обеспечение работы.

Перечислите документы, с которыми вы работаете (история болезни, температурный лист, лист назначений, журнал передачи дежурств и т.п.). Снимите копии с документов и приложите их к своей работе.

3.3. Фармакологический порядок.

В этом разделе необходимо описать основные правила обращения с лекарствами на вашем посту, к примеру, правила хранения (что храните в холодильнике, что в темном месте, что отдельно и т.п.). Отдельно опишите вашу работу с наркотиками.

3.4. Противопожарная безопасность и охрана труда.

Этот раздел написать нетрудно – у вас должна быть официальная инструкция, приложите ее к аттестационной работе.

**В помощь практикующей медицинской сестре
ПАЛАТНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА
Руководство по профессиональной подготовке
Выпуск № 2 (56)
Издатель: ООО «Современное сестринское дело»
Главный редактор Наталина КРУШИНСКАЯ
Ответственный редактор Ирина МЫЛЬНИКОВА
Ответственный секретарь Ирина ФЕТИШЕВА
Технический редактор Леонид КАМАЕВ
Корректор Иван БЕЛИКИН
Свидетельство о регистрации ПИ № ФС 77-60494 от 30.12.2014
Подписано в печать 04.04.2016
Отпечатано в ООО «Риммини»,
г. Москва, ул. Верейская, д. 29, строение 32А
Заказ 1002 Тираж 6000 экз.
Адрес редакции: 127254, Москва, ул. Руставели, д. 14, стр. 6
Тел.: (495) 664-20-42
Для писем: 127254, Москва, а/я № 59
E-mail: s_delo@inbox.ru**

Письмо в редакцию



Уважаемая редакция, хотим выразить вам большую благодарность за вашу работу. Мы – постоянные читатели журналов «Сестринское дело», «Старшая медсестра» и «В помощь практикующей медицинской сестре».

У нас появился вопрос при чтении журнала «В помощь практикующей медицинской сестре» № 4'2015.

В главе 3 автор пишет, что перчатки не следует использовать в ситуациях выполнения подкожных и

внутримышечных инъекций, выполнения любых манипуляций с сосудистыми системами при отсутствии крови в системе и т.д. Хотелось бы узнать, какой нормативный документ это отражает?

Мы работаем по СанПиН 2.1.3.2630-10 – это основной документ. В разделе 15 «Требования к условиям труда медицинского персонала», пункт 15.9 написано: «В целях профилактики гемоконтактных инфекций перчатки необходимо надевать перед любыми парентеральными манипуляциями у пациента». Вышеперечисленные манипуляции являются парентеральными.

**Главная медицинская сестра ГУЗ «КБ № 4» А.А. Белобородова,
врач-методист ГУЗ «КБ № 4» Л.В. Туранова**

Да, вы правы. Однако в ВППМ № 4'2015 представлена позиция ВОЗ, а также Национальной ассоциации специалистов по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи общества эпидемиологов России (НП «НАСКИ»), возглавляемой главным эпидемиологом России Н.И. Брико. Эта позиция нашла отражение в Федеральных клинических рекомендациях НП «НАСКИ» «Гигиена рук медицинского персонала». Эта точка зрения найдет отражение в новом СанПиНе, регламентирующем требования к медицинским организациям. Так, в проекте этого документа, выставленном на обсуждение, есть следующий раздел:

«13.34. Использование перчаток.

13.34.1. Перчатки необходимо надевать во всех случаях, когда возможен контакт с кровью или другими биологическими субстратами, потенциально или явно контаминированными микроорганизмами, слизистыми оболочками, поврежденной кожей. Перчатки надевают только после полного высыхания антисептика на коже рук. При наличии на руках микротравм, царапин, ссадин место повреждения заклеивается лейкопластырем. После снятия перчаток проводят гигиеническую обработку рук».

Большинство эпидемиологов считают, что подкожные и внутримышечные инъекции, если они не осложнились повреждением сосуда, что бывает очень редко, не относятся к процедурам, где есть опасность контакта с кровью.

Таким образом, мнение большинства эпидемиологов расходится с мнением, изложенным в официальном документе. К сожалению, новый документ на сегодняшний день еще не принят.

По закону за лечение пациента, находящегося на койке в стационарном отделении, отвечает его лечащий врач. Однако лечащий врач находится в палате, рядом с больным, как правило, не более 15–20 минут в сутки. В выходные и праздничные дни он вообще отсутствует в больнице. Кто же рядом с больным в отсутствие врача? – Это постовая медсестра и младший медперсонал (медсестра по уходу и санитарка). В связи с этим на медсестру возлагается широкий круг обязанностей – от банального перестилания постельного белья до сложного ухода за системами для длительных инфузий с многочисленными портами. Все это входит в ее трудовую функцию, о чем пойдет речь в настоящем выпуске серии «В помощь практикующей медицинской сестре».

Автор брошюры «Палатная медицинская сестра. Руководство по профессиональной подготовке медсестер» подробно останавливается на наиболее принципиальных и спорных вопросах, касающихся деятельности палатной медсестры.

В издании представлены действующие стандарты, регламентирующие основные аспекты деятельности палатной медицинской сестры, федеральные клинические рекомендации, рекомендации ВОЗ. Выпуск будет полезен в работе старших и главных медсестер, преподавателей системы сестринского образования.

