



ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
"ИВАНОВСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ"

# **НАЦИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

## **ТЕХНОЛОГИИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

# СОДЕРЖАНИЕ

<b>НАЦИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ТЕХНОЛОГИИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ</b>	<b>3</b>
<b>НАЦИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ТЕХНОЛОГИИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ МАНИПУЛЯЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА</b>	<b>84</b>
<b>НАЦИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ТЕХНОЛОГИИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ</b>	<b>368</b>
<b>НАЦИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ТЕХНОЛОГИИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ДЕСМУРГИЯ, ИММОБИЛИЗАЦИЯ, БАНДАЖИ, ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ ПОСОБИЯ</b>	<b>491</b>
<b>НАЦИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НАДЛЕЖАЩАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПРАКТИКА ИНФОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПРОФИЛАКТИКА ПРОЛЕЖНЕЙ</b>	<b>531</b>

ГОСТ Р 52623.1-2008

Группа Р24

НАЦИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ТЕХНОЛОГИИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ  
ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Technologies of simple medical services for functional check-up

ОКС 11.160  
ОКП 94 4000

Дата введения 2009-09-01

Предисловие

Цели и принципы стандартизации в Российской Федерации установлены [Федеральным законом от 27 декабря 2002 г. N 184-ФЗ "О техническом регулировании"](#), а правила применения национальных стандартов Российской Федерации - [ГОСТ Р 1.0-2004](#) "Стандартизация в Российской Федерации. Основные положения"

#### **Сведения о стандарте**

1 РАЗРАБОТАН Ассоциацией медицинских сестер России

2 ВНЕСЕН Техническим комитетом по стандартизации ТК 466 "Медицинские технологии"

3 УТВЕРЖДЕН И ВВЕДЕН В ДЕЙСТВИЕ [Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 4 декабря 2008 г. N 359-ст](#)

4 ВВЕДЕН ВПЕРВЫЕ

*Информация об изменениях к настоящему стандарту публикуется в ежегодно издаваемом информационном указателе "Национальные стандарты", а текст изменений и поправок - в ежемесячно издаваемых информационных указателях "Национальные стандарты". В случае пересмотра (замены) или отмены настоящего стандарта соответствующее уведомление будет опубликовано в ежемесячно издаваемом информационном указателе "Национальные стандарты". Соответствующая информация, уведомление и тексты размещаются также в информационной системе общего пользования - на официальном сайте Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии в сети Интернет*

## 1 Область применения

Настоящий стандарт устанавливает требования к технологиям выполнения простых медицинских услуг функционального обследования (далее - ТПМУФО), включая следующие ТПМУФО:

- измерение массы тела;
- измерение толщины жировой складки (пликометрия);
- измерение окружности головы;
- плантография;
- измерение роста;
- измерение окружности грудной клетки;
- измерение артериального давления на периферических артериях;
- термометрия общая.

Настоящий стандарт предназначен для применения медицинскими организациями и учреждениями федеральных, территориальных и муниципальных органов управления здравоохранением, систем обязательного и добровольного медицинского страхования, другими медицинскими организациями различных организационно-правовых форм деятельности, направленной на оказание медицинской помощи.

## 2 Нормативные ссылки

В настоящем стандарте использована ссылка на следующий стандарт:

[ГОСТ Р 52623.0-2006](#) Технологии выполнения простых медицинских услуг.

Общие положения

Примечание - При пользовании настоящим стандартом целесообразно проверить действие ссылочного стандарта в информационной системе общего пользования - на официальном сайте Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии в сети Интернет или по ежегодно издаваемому информационному указателю "Национальные стандарты", который опубликован по состоянию на 1 января текущего года, и по соответствующим ежемесячно издаваемым информационным указателям, опубликованным в текущем году. Если ссылочный стандарт заменен (изменен), то при пользовании настоящим стандартом следует руководствоваться заменяющим (измененным) стандартом. Если ссылочный стандарт отменен без замены, то положение, в котором дана ссылка на него, применяется в части, не затрагивающей эту ссылку.

## 3 Общие положения

3.1 Настоящий стандарт разработан в соответствии с [ГОСТ Р 52623.0](#) и обеспечивает решение следующих задач при выполнении простых медицинских услуг функционального обследования:

- установление единых требований к технологиям и структурирование методик их выполнения;
- унификация расчета затрат на выполнение простых медицинских услуг;
- установление единых требований к формированию навыков выполнения простых медицинских услуг на додипломном и последипломном уровне профессионального медицинского образования;
- оценка качества выполнения простой медицинской услуги.

3.2 ТПМУФО представляют собой систематизированные своды медицинских правил и условий, технического обеспечения, определяющих порядок и последовательность действий, выполняемых медицинским персоналом.

3.3 Технологии выполнения простых медицинских услуг, приведенные в настоящем стандарте, учитывают результаты научных исследований в соответствии с принципами медицины, основанной на доказательствах.

3.4 При наличии у пациента заболевания, требующего дополнительных мер безопасности (лихорадка неясного происхождения, особо опасные инфекции и др.), выполнение простой медицинской услуги дополняется особыми мерами безопасности (маска, защитные очки и др.).

3.5 При последовательном выполнении одному пациенту нескольких простых медицинских услуг (комплекса простых медицинских услуг) из подготовительного этапа технологии выполнения каждой последующей простой медицинской услуги может быть исключена обработка рук. В данном случае обработку рук проводят до и после выполнения всего комплекса простых медицинских услуг.

3.6 Добровольное информированное согласие пациента или его законных представителей на ТПМУФО регламентируется настоящим стандартом. Добровольное информированное согласие пациента может быть получено для выполнения как одной простой медицинской услуги, так и их комплекса. Для уверенности в наличии добровольного информированного согласия пациента на выполнение простой медицинской услуги ее выполнение начинается с устного контролирующего вопроса о согласии пациента.

## **4 Технология выполнения простой медицинской услуги функционального обследования ИЗМЕРЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА (A02.01.001)**

Технология измерения массы тела входит в ТВПМУФО и имеет код А02.01.001 по [1].

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 1.

Таблица 1 - ТВПМУФО Измерение массы тела

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
<p>1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая следующие требования:</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: "Сестринское дело", "Лечебное дело" или "Акушерское дело"</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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 исследования провести гигиеническую обработку рук</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Амбулаторно-поликлинические.</p> <p>Стационарные.</p> <p>Санаторно-курортные</p>
<p>4 Функциональное назначение простой медицинской услуги</p>	<p>Диагностическое</p>
<p>5 Материальные ресурсы:</p>	

5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Медицинские весы любой модификации с диапазоном измерений, соответствующим возрастным характеристикам пациента, разрешенные к медицинскому применению в Российской Федерации и поверенные
5.2 Реактивы	Не требуются
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	То же
5.4 Продукты крови	"
5.5 Лекарственные средства	"
5.6 Прочий расходуемый материал	Салфетка бумажная однократного применения  Пеленка однократного применения (при проведении измерения у детей грудного возраста)
6 Характеристика методики выполнения медицинской услуги простой	

6.1 Алгоритм измерения массы тела пациента (взрослого)

1 Подготовка к процедуре:

1.1 Проверить исправность и точность медицинских весов в соответствии с инструкцией по их применению.

1.2 Установить равновесие весов, закрыть затвор (для механических конструкций).

1.3 Постелить салфетку одноразового применения на площадку весов.

1.4 Представиться пациенту, объяснить цель и последовательность выполнения предстоящей процедуры.

1.5 Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

2 Выполнение процедуры:

2.1 Предложить пациенту раздеться до нательного белья, разуться и осторожно встать (без обуви) на середину площадки весов.

2.2 Придерживать пациента за руку в момент вставания на измерительную панель весов и следить за его равновесием в процессе проведения измерения.

2.3 Открыть затвор весов (для механических конструкций), провести определение массы тела пациента (в соответствии с инструкцией по применению), закрыть затвор весов.

### 3 Окончание процедуры:

3.1 Сообщить пациенту результат исследования массы тела.

3.2 Помочь пациенту сойти с площадки весов, придерживая его за руку (при необходимости).

3.3 Убрать салфетку с площадки весов и поместить ее в емкость для отходов.

3.4 Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

3.5 Записать результаты в соответствующую медицинскую документацию

### 6.2 Алгоритм измерения массы тела грудного ребенка на механических медицинских весах

#### 1 Подготовка к процедуре:

1.1 Проверить исправность и точность медицинских весов в соответствии с инструкцией по их применению.

1.2 Установить равновесие весов, закрыть затвор.

1.3 Постелить пеленку однократного применения на площадку весов.

1.4 Представиться родителям ребенка или его законным представителям, объяснить цель и последовательность выполнения процедуры.

1.5 Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

## 2 Выполнение процедуры:

2.1 Распеленать ребенка.

2.2 Осторожно уложить ребенка на платформу сначала ягодицами, затем плечами и головой. Ноги ребенка следует придерживать.

2.3 Открыть затвор, провести определение массы тела ребенка, закрыть затвор весов.

## 3 Окончание процедуры:

3.1 Сообщить результат исследования массы тела ребенка родителям или его законным представителям.

3.2 Снять ребенка с площадки весов, переложить на столик для пеленания, запеленать ребенка.

3.3 Убрать пеленку с площадки весов и поместить ее в емкость для отходов.

3.4 Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

3.5 Записать результаты в соответствующую медицинскую документацию

6.3 Алгоритм измерения массы тела грудного ребенка на электронных медицинских весах

1 Подготовка к процедуре:

1.1 Установить весы на неподвижной поверхности.

1.2 Включить вилку сетевого провода в сеть, при этом на цифровом индикаторе должна засветиться рамка. Через 35-40 с на табло должны появиться цифры (нули). Оставить весы включенными на 10 мин.

1.3 Проверить весы: нажать рукой с небольшим усилием в центр лотка - на индикаторе должны высветиться показания, соответствующие усилию руки; отпустить грузоподъемную платформу - на индикаторе должны появиться нули.

1.4 Представиться родителям ребенка или его законным представителям, объяснить цель и последовательность выполнения процедуры.

1.5 Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

1.6 Положить на грузоподъемную платформу пеленку однократного применения - на индикаторе должна высветиться ее масса. Сбросить значение массы пеленки в память прибора, нажав кнопку "Т", - на индикаторе должны появиться нули.

## 2 Выполнение процедуры:

2.1 Распеленать ребенка.

2.2 Осторожно уложить ребенка на платформу сначала ягодицами, затем плечами и головой. Ноги ребенка следует придерживать.

2.3 После появления слева от значения массы значка "0", обозначающего, что взвешивание закончено, считать значение массы тела ребенка.

2.4 Спустя 5-6 с обнулить показания весов.

## 3 Окончание процедуры:

3.1 Сообщить результат исследования массы тела ребенка родителям или его законным представителям.

3.2 Снять ребенка с площадки весов, переложить на столик для пеленания, запеленать ребенка.

3.3 Убрать пеленку с площадки весов и поместить ее в емкость для отходов.

3.4 Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

3.5 Записать результаты в соответствующую медицинскую документацию

<p>7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p>	<p>Медицинский работник должен обязательно предупреждать пациента о необходимости опорожнения мочевого пузыря и кишечника до момента проведения взвешивания.</p> <p>Взвешивание лежачего пациента следует проводить с помощью кроватных весов в соответствии с имеющейся к ним инструкцией.</p> <p>При использовании электронных весов измерение проводят в соответствии с имеющейся инструкцией.</p> <p>Измерение массы тела у детей проводят в утренние часы до приема пищи. Если ребенок ослабленный, рекомендуется взвешивать его вместе с одеждой, вычитая из полученного значения массу одежды.</p> <p>Массу тела у детей до двух лет измеряют на весах для взвешивания грудных детей: до 6 мес - в положении лежа на спине, после 6 мес - сидя. У детей старше двух лет - на рычажных медицинских весах или электронных весах</p>
--	--

<p>8 Достижимые результаты и их оценка</p>	<p>Одновременное взвешивание пациента с целью определения массы тела не оценивают.</p> <p>Повторные взвешивания пациента должны сопровождаться записью об увеличении или уменьшении массы пациента на конкретное значение, полученное в результате сравнения двух или более результатов взвешивания.</p> <p>Результаты взвешивания с целью определения избыточной/недостаточной массы тела могут быть использованы для подсчета индекса Бушара по формуле</p> $P/L \cdot 100,$ <p>где <math>P</math> - масса тела, кг;</p> <p><math>L</math> - рост, см.</p> <p>Среднее значение индекса Бушара составляет 36-40; более высокие значения указывают на избыточную, а более низкие - на недостаточную массу тела.</p> <p>По индексу Кетле масса тела рассчитывается следующим образом:</p> $\text{индекс Кетле} = \text{масса кг}/(\text{рост, м})^2.$ <p>По полученным результатам делают следующие выводы о значении:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- менее 18 до 19,9 - недовес;</li><li>- от 20 до 24,9 - идеально;</li><li>- от 25 до 29,9 - предожирение;</li><li>- св. 30 - ожирение</li></ul>
--	---

<p>9 Особенности информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента или его законного представителя</p>	<p>Пациент должен быть информирован о предстоящем исследовании. Информация об измерении массы тела пациента, сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели данного исследования. Письменного подтверждения согласия пациента или его законного представителя на измерение массы тела не требуется, так как данный диагностический метод не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента</p>
<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения измерения.</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>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент условных единиц трудозатрат (УЕТ) врача - 0.</p> <p>Коэффициент условных единиц трудозатрат (УЕТ) медицинской сестры - 0,2</p>
<p>12 Графическое, схематическое и табличное представление технологии выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Не требуются</p>

## 5 Технология выполнения простой медицинской услуги функционального

# **обследования ИЗМЕРЕНИЕ ТОЛЩИНЫ ЖИРОВОЙ СКЛАДКИ (ПЛИКОМЕТРИЯ) (A02.01.004)**

Технология измерения толщины жировой складки (пликометрия) входит в ТВПМУФО и имеет код A02.01.004 по [1].

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 2.

Таблица 2 - ТВПМУФО Измерение толщины жировой складки (пликометрия)

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
<p>1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая следующие требования:</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>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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 исследования провести гигиеническую обработку рук.</p> <p>Необходимо использование перчаток во время процедуры</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Амбулаторно-поликлинические.</p> <p>Стационарные.</p> <p>Санаторно-курортные</p>

4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Диагностическое
5 Материальные ресурсы	
5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Калипер
5.2 Реактивы	Не требуются
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	То же
5.4 Продукты крови	"
5.5 Лекарственные средства	"
5.6 Прочий расходуемый материал	Перчатки нестерильные
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	

6.1 Алгоритм измерения  
толщины жировой складки

1 Подготовка к процедуре:

1.1 Представиться пациенту, объяснить цель и ход предстоящей процедуры.

1.2 Обработать руки гигиеническим способом, осушить, надеть перчатки.

1.3 Подготовить калипер к работе, проверить работоспособность прибора.

1.4 Помочь пациенту раздеться (в зависимости от места измерения) и занять удобное положение.

2 Выполнение процедуры:

2.1 Определить место наложения прибора (стандартную точку) в соответствии с назначением врача.

2.2 Захватить кожу и подкожно-жировую клетчатку в месте измерения в складку высотой 1 см.

2.3 Наложить калипер на складку дистальнее большого и указательного пальцев, посередине между верхушкой и основанием складки.

2.4 Отпустить рычажок калипера, продолжая поддерживать складку до окончания измерения.

2.5 Через 2 с считать показания шкалы калипера.

2.6 Повторить измерение трижды.

3 Окончание процедуры:

3.1 Снять калипер.

3.2 Сообщить пациенту результаты исследования.

3.3 Провести дезинфекцию калипера согласно инструкции по эксплуатации прибора.

3.4 Снять перчатки и поместить их в емкость для отходов.

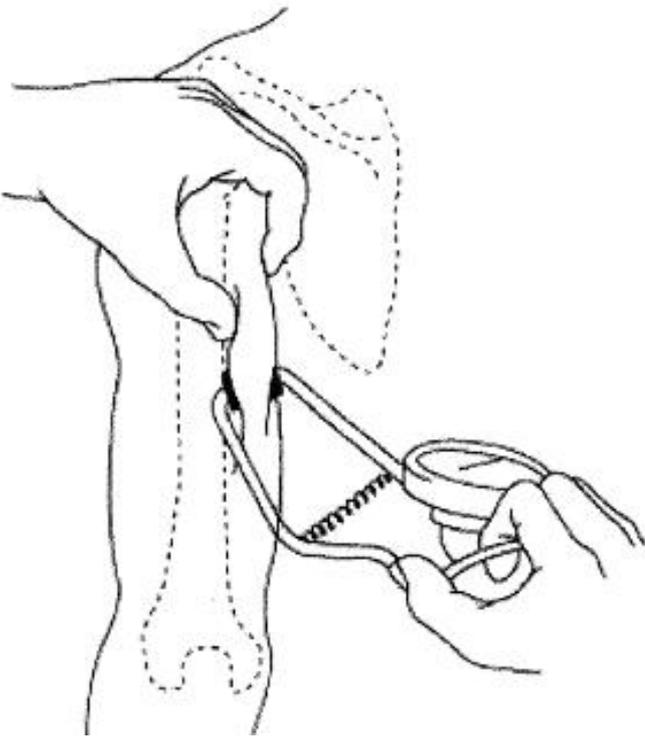
3.5 Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

3.6 Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию

<p>7            Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p>	<p>Стандартными точками определения толщины жировой складки являются:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- область трехглавой мышцы - на 1 см выше середины расстояния между кончиком акромиального отростка лопатки и локтевого отростка локтевой кости по задней поверхности плеча. Складка должна располагаться параллельно продольной оси конечности;</li><li>- область двуглавой мышцы - на уровне первого измерения, по передней поверхности плеча. Складка должна располагаться параллельно продольной оси конечности;</li><li>- подлопаточная область - под нижним углом лопатки. Складка должна располагаться параллельно естественным складкам кожи: обычно это линия, располагающаяся под углом 45° к горизонтали;</li><li>- боковая поверхность грудной клетки - по среднеподмышечной линии на уровне пятого межреберья. Складка должна располагаться вертикально;</li><li>- над гребнем подвздошной кости - на 2 см выше гребня подвздошной кости по среднеаксиллярной линии, горизонтально;</li><li>- область середины бедра - на середине расстояния между нижней частью ягодичной складки и складкой, располагающейся непосредственно сзади от надколенника. Складка должна располагаться параллельно оси нижней конечности;</li><li>- область икроножной мышцы - на уровне максимальной окружности голени. Складка должна располагаться параллельно оси нижней конечности;</li><li>- область живота - под мечевидным отростком грудины, на 5 см влево от стеральной линии.</li></ul>
---	--

<p>7.1 Особенности выполнения методики для детей различного возраста</p>	<p>Для оценки подкожного жирового слоя детям большим и указательным пальцами правой руки захватывают в складку не только кожу, но и подкожную клетчатку. Определять толщину подкожного жирового слоя следует на различных участках (живот, бедра, предплечья), так как при ряде заболеваний отложение жира в различных местах оказывается неодинаковым.</p> <p>Обращают внимание на равномерное (по всему телу) или неравномерное распределение подкожного жирового слоя</p>
<p>8 Достижимые результаты и их оценка</p>	<p>Результатом исследования является линейная толщина жировой складки.</p> <p>Интерпретация результатов проводится сопоставлением полученных значений с эталонными (табличными) показателями, установленными с учетом пола и возраста пациента (см. приложение А, таблица А.1).</p> <p>Объективно толщину подкожного жирового слоя для детей первых трех лет жизни определяют следующим образом: на лице - в области щек (норма 2-2,5 см); на животе - на уровне пупка снаружи от него (норма 1-2 см); на туловище - под ключицей и лопаткой (норма 1-2 см); на конечностях - по задненаружной поверхности плеча (норма 1-2 см) и на внутренней поверхности бедер (норма 3-4 см). Для детей старше 5-7 лет толщину подкожного жирового слоя определяют по четырем складкам: над бицепсом (норма 0,5-1 см); над трицепсом (норма - 1 см); над осью подвздошной кости (норма 1-2 см); над лопаткой - горизонтальная складка (норма - 1,5 см)</p>

<p>9 Особенности информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента или его законного представителя</p>	<p>Пациент должен быть информирован о предстоящем исследовании. Информация об измерении толщины жировой складки пациента, сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели и ходе данного исследования. Письменного подтверждения согласия пациента или его законного представителя на измерение толщины жировой складки не требуется, так как данный диагностический метод не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента</p>
<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Отсутствие отклонений от алгоритма проведения измерения.</p> <p>Результаты при трехкратном измерении не должны различаться более чем на 1 мм.</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>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ врача - 0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 0,1</p>

<p>12                      Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p><b>Рисунок 1 - Техника измерения толщины жировой складки</b></p>  <p>Рисунок 1 - Техника измерения толщины жировой складки</p>
<p>13    Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p>	<p>Не требуются</p>

## **6 Технология выполнения простой медицинской услуги функционального обследования ИЗМЕРЕНИЕ ОКРУЖНОСТИ ГОЛОВЫ (A02.03.002)**

Технология измерения окружности головы входит в ТВПМУФО и имеет код A02.03.002 по [1].

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 3.

Таблица 3 - ТВПМУФО Измерение окружности головы

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
<p>1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая следующие требования:</p> <p>1.1 Перечень специальностей /кто участвует 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: "Сестринское дело", "Лечебное дело" или "Акушерское дело"</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p> <p>Содержание требования, условия</p> <p>Требования по реализации, алгоритм выполнения</p>
<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 исследования провести гигиеническую обработку рук</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Амбулаторно-поликлинические.</p> <p>Стационарные</p>
<p>4 Функциональное назначение простой медицинской услуги</p>	<p>Диагностическое</p>
<p>5 Материальные ресурсы</p>	

<p>5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения</p>	<p>Сантиметровая лента (одноразовая или многоразовая).</p> <p>Пеленальный столик (при измерении окружности головы у новорожденных детей и детей грудного возраста).</p> <p>Стул (при необходимости)</p>
<p>5.2 Реактивы</p>	<p>Не требуются</p>
<p>5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты</p>	<p>То же</p>
<p>5.4 Продукты крови</p>	<p>"</p>
<p>5.5 Лекарственные средства</p>	<p>"</p>
<p>5.6 Прочий расходуемый материал</p>	<p>Пеленка однократного применения (при проведении измерения у детей грудного возраста)</p>
<p>6 Характеристика выполнения медицинской услуги методики простой</p>	
<p>6.1 Алгоритм измерения окружности головы</p>	<p>1 Подготовка к процедуре:</p> <p>1.1 Подготовить необходимое оснащение.</p> <p>1.2 Представиться пациенту, объяснить ход предстоящей процедуры.</p> <p>1.3 Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>1.4 Попросить пациента сесть или уложить ребенка на пеленальный столик (если измерение проводится у новорожденных детей и детей грудного возраста).</p>

2 Выполнение процедуры:

2.1 Наложить сантиметровую ленту на голову пациента по ориентирам: сзади - затылочный бугор, спереди - надбровные дуги.

2.2 Определить результат измерения.

2.3 Снять сантиметровую ленту.

3. Окончание процедуры:

3.1 Сообщить пациенту о результатах измерения.

3.2 Поместить сантиметровую ленту в емкость с дезинфицирующим средством.

3.3 Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

3.4 Сделать соответствующую запись о результатах выполнения процедуры в медицинскую документацию

7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики

При измерении окружности головы новорожденному в родильном зале медицинский персонал работает в стерильной одежде (маска, халат, перчатки). Для измерения применяют стерильную ленту. Манипуляция проводится на пеленальном столике

<p>8 Достижимые результаты и их оценка</p>	<p>Оценку измерения окружности головы проводят как изолированно, так и в сочетании с другими антропометрическими показателями, в первую очередь массой и длиной тела.</p> <p>При оценке показателей окружности головы у детей различного возраста рекомендуется пользоваться центильными таблицами (см. приложение В, таблицы В.1 и В.2)</p>
<p>9 Особенности информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента или его законного представителя</p>	<p>Пациент должен быть информирован о предстоящем исследовании. Информация об измерении окружности головы пациента, сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели и ходе данного исследования. Письменного подтверждения согласия пациента или его законного представителя на измерение массы тела не требуется, так как данный диагностический метод не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента</p>
<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения измерения.</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>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ врача - 0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 0,1</p>

12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Не требуются
13 Формулы, расчеты, нормограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Не требуются

## **7 Требования к технологии выполнения простой медицинской услуги функционального обследования ПЛАНТОГРАФИЯ (A02.03.003)**

Технология плантографии входит в ТВПМУФО и имеет код A02.03.003 по [1].

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 4.

Таблица 4 - ТВПМУФО Плантография

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
<p>1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая следующие требования:</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", "Сестринское дело".</p> <p>Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: "Лечебное дело", "Педиатрия"</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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 исследования провести гигиеническую обработку рук.</p> <p>Использование перчаток во время процедуры</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Стационарные.</p> <p>Амбулаторно-поликлинические</p>
	<p>Диагностическое</p>

5 Материальные ресурсы	
5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Плантограф
5.2 Реактивы	Не требуются
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	То же
5.4 Продукты крови	"
5.5 Лекарственные средства	Эфир
5.6 Прочий расходуемый материал	<p>Шпатель (при получении отпечатка стоп с использованием красителя).</p> <p>Салфетки марлевые однократного применения (при получении отпечатка стоп с использованием красителя).</p> <p>Растворитель (при получении отпечатка стоп с использованием красителя).</p> <p>Полиэтиленовая пленка или клеенка (при получении отпечатка с помощью плантографа).</p> <p>Краситель, соответствующий выбранной методике исследования.</p> <p>Лист плотной бумаги.</p> <p>Перчатки нестерильные.</p> <p>Линейка.</p> <p>Карандаш</p>

6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	
6.1 Алгоритм выполнения плантографии	1 Подготовка к процедуре:  1.1 Представиться пациенту, объяснить цель и ход предстоящей процедуры.  1.2 Обработать руки гигиеническим способом, осушить, надеть перчатки.  1.3 Попросить пациента разуться, при необходимости помочь ему.  1.4 Усадить пациента на стул.

## 2 Выполнение процедуры:

2.1 При получении отпечатка стоп с использованием красителя:

2.1.1 обезжирить поверхность стоп пациента эфиром;

2.1.2 нанести краситель на стопы пациента с помощью шпателя или салфетки;

2.1.3 постелить перед пациентом лист плотной бумаги;

2.1.4 попросить пациента аккуратно встать на бумагу, не смещая и не деформируя ее;

2.1.5 попросить пациента сесть и поднять ноги;

2.1.6 убрать лист бумаги с оттисками стоп пациента;

2.1.7 предложить пациенту смыть краситель с помощью воды или соответствующего растворителя. При необходимости помочь ему;

2.1.8 осушить ноги пациента салфеткой;

2.1.9 разрешить пациенту надеть обувь.

2.2 При получении отпечатка с помощью плантографа:

2.2.1 подстелить под полотно плантографа лист плотной бумаги;

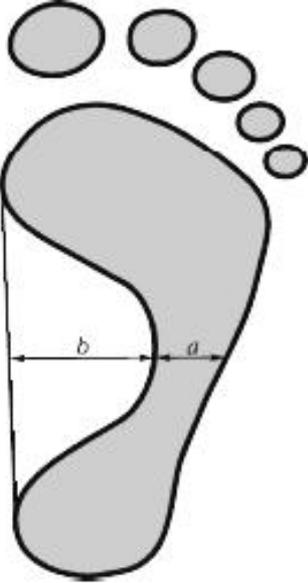
2.2.2 смочить полотно плантографа чернилами, разведенными водой в соотношении 1:1, или штемпельной мастикой;

2.2.3 застелить полотно плантографа полиэтиленовой пленкой или клеенкой;

2.2.4 попросить пациента аккуратно встать на полотно плантографа, не

	<p>смещая и не деформируя его;</p> <p>2.2.5 попросить пациента сесть и поднять ноги;</p> <p>2.2.6 убрать лист бумаги с оттисками стоп пациента;</p> <p>2.2.7 разрешить пациенту надеть обувь</p> <p>3 Окончание процедуры:</p> <p>3.1 Сообщить пациенту результаты исследования.</p> <p>3.2 Перчатки и салфетки поместить в емкость для дезинфекции.</p> <p>3.3 Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>3.4 Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации</p>
<p>7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p>	<p>При использовании компьютерных плантографов обработка стоп, получение изображения оттисков стоп, интерпретация и фиксирование результатов проводятся в соответствии с инструкцией к аппарату</p>

<p>8 Достижимые результаты и их оценка</p>	<p>Полученные результаты позволяют объективно диагностировать состояние сводов стопы.</p> <p>Оценка результатов исследования:</p> <p>1 На плантограмме (см. рисунок 2) проводят касательную к наиболее выступающим точкам внутреннего контура стопы.</p> <p>2 Из середины касательной восстанавливают перпендикуляр до пересечения его с наружным контуром отпечатка стопы.</p> <p>3 Вычисляют индекс стопы <math>I</math>:</p> <p>- по Шриттеру В.А. - отношение длины части перпендикуляра, прошедшего через отпечаток <math>a</math>, ко всей длине перпендикуляра <math>(a + b)</math>:</p> $I = a / (a + b);$ <p>- по Чижину И.М. - отношение длины части перпендикуляра, прошедшего через отпечаток <math>a</math>, к отрезку <math>b</math>, ограниченному внутренним контуром отпечатка и проведенной касательной:</p> $I = a / b$
<p>9 Особенности информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента или его законного представителя</p>	<p>Пациент должен быть информирован о предстоящем исследовании. Информация о проведении плантографии у пациента, сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели данного исследования. Письменного подтверждения согласия пациента или его законного представителя на плантографию не требуется, так как данный диагностический метод не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента</p>

<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения измерения.</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>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ врача - 0,3.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 0,3</p>
<p>12 Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p><b>Рисунок 2 - Схема отпечатка стопы</b></p>  <p><math>a</math> - ширина перешейка; <math>a + b</math> - ширина стопы</p> <p>Рисунок 2 - Схема отпечатка стопы</p>

13      Формулы,      расчеты, номограммы,      бланки и другая документация      (при необходимости)	Не требуются
--	--------------

## **8 Требования к технологии выполнения простой медицинской услуги функционального обследования ИЗМЕРЕНИЕ РОСТА (A02.03.005)**

Технология измерения роста входит в ТВПМУФО и имеет код A02.03.005 по [1].

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 5.

Таблица 5 - ТВПМУФО Измерение роста

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
<p>1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая следующие требования:</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: "Сестринское дело", "Лечебное дело" или "Акушерское дело"</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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 исследования провести гигиеническую обработку рук</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Амбулаторно-поликлинические.</p> <p>Стационарные.</p> <p>Санаторно-курортные</p>
<p>4 Функциональное назначение простой медицинской услуги</p>	<p>Диагностическое</p>
<p>5 Материальные ресурсы</p>	

<p>5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения</p>	<p>Ростомер вертикальный (поверенный и допущенный к работе).</p> <p>Ростомер горизонтальный при измерении у детей грудного возраста (поверенный и допущенный к работе)</p>
<p>5.2 Реактивы</p>	<p>Не требуются</p>
<p>5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты</p>	<p>То же</p>
<p>5.4 Продукты крови</p>	<p>"</p>
<p>5.5 Лекарственные средства</p>	<p>"</p>
<p>5.6 Прочий расходуемый материал</p>	<p>Салфетка бумажная однократного применения.</p> <p>Пеленка однократного применения (при измерении у детей грудного возраста)</p>
<p>6 Характеристика методики выполнения медицинской услуги простой</p>	

## 6.1 Алгоритм измерения роста

### 1 Подготовка к процедуре:

1.1 Подготовить ростомер к работе в соответствии с инструкцией.

1.2 Представиться пациенту, объяснить ход предстоящей процедуры, получить его согласие.

1.3 Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

1.4 Положить салфетку на площадку ростомера (под ноги пациента).

1.5 Попросить пациента снять обувь и головной убор.

1.6 Поднять планку ростомера выше предполагаемого роста пациента.

### 2 Выполнение процедуры:

2.1 Попросить пациента встать на середину площадки ростомера так, чтобы он касался вертикальной планки ростомера пятками, ягодицами, межлопаточной областью и затылком.

2.2 Установить голову пациента так, чтобы кончик носа и мочка уха находились на одной горизонтальной линии.

2.3 Опустить планку ростомера на голову пациента.

2.4 Попросить пациента сойти с площадки ростомера (при необходимости - помочь сойти).

2.5 Определить на шкале рост пациента по нижнему краю планки.

	<p>3 Окончание процедуры:</p> <p>3.1 Сообщить пациенту о результатах измерения.</p> <p>3.2 Снять салфетку с площадки ростомера и поместить ее в емкость для отходов.</p> <p>3.3 Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>3.4 Сделать соответствующую запись о результатах выполнения процедуры в медицинской документации</p>
<p>6.2 Алгоритм измерения роста у ребенка до одного года</p>	<p>Для измерения роста у детей грудного возраста применяется горизонтальный ростомер.</p> <p>Ребенка следует уложить на ростомер так, чтобы голова плотно прикасалась теменем к неподвижной планке, верхний край козелка уха и нижнее веко находились в одной вертикальной плоскости. Ноги ребенка должны быть выпрямлены легким нажатием на колени и прижаты к доске ростомера. Придвинуть к стопам, согнутым под прямым углом к голени, подвижную планку ростомера. Определить по шкале длину тела ребенка. Длина тела равна расстоянию между неподвижной и подвижной планками ростомера</p>

<p>7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p>	<p>Достоверность полученных данных возможна лишь при строгом соблюдении условий проведения измерения.</p> <p>В некоторых случаях рост измеряют в положении пациента сидя.</p> <p>Если у пациента имеются расстройства слуха, следует использовать методы невербального общения.</p> <p>Измерение роста у пациентов с психическими нарушениями проводят с использованием стационарно закрепленного вертикального ростомера во избежание попыток нападения пациентов, находящихся в состоянии психомоторного возбуждения, на других пациентов и медицинский персонал.</p> <p>Для измерения роста новорожденного в родильном зале используют стерильную мягкую ленту. Персонал работает в стерильной одежде (халат, маска, перчатки)</p>
<p>8 Достижимые результаты и их оценка</p>	<p>Оценку измерения роста проводят как изолированно, так и в сочетании с другими антропометрическими показателями, в первую очередь массой тела и окружностью головы</p>
<p>9 Особенности информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента или его законного представителя</p>	<p>Пациент должен быть информирован о предстоящем исследовании. Информация об измерении роста пациента, сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели данного исследования. Письменного подтверждения согласия пациента или его законного представителя на измерение роста не требуется, так как данный диагностический метод не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента</p>

<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения измерения.</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>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ врача - 0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 0,1</p>
<p>12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Не требуются</p>
<p>13 Формулы, номограммы и другая документация (при необходимости)</p>	<p>Не требуются</p>

## 9 Технология выполнения простой медицинской услуги функционального обследования ИЗМЕРЕНИЕ ОКРУЖНОСТИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ (A02.09.002)

Технология измерения окружности грудной клетки входит в ТВПМУФО и имеет код А02.09.002 [1].

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 6.

Таблица 6 - ТВПМУФО Измерение окружности грудной клетки

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
<p>1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая следующие требования:</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: "Сестринское дело", "Лечебное дело" или "Акушерское дело"</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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 исследования провести гигиеническую обработку рук</p>
<p>3 Условия выполнения</p>	<p>Амбулаторно-поликлинические.</p> <p>Стационарные.</p> <p>Санаторно-курортные</p>
<p>4 Функциональное назначение простой медицинской услуги</p>	<p>Диагностическое</p>
<p>5 Материальные ресурсы</p>	

<p>5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения</p>	<p>Сантиметровая лента (одноразовая или многоразовая).</p> <p>Стул (при проведении измерений в положении сидя)</p>
<p>5.2 Реактивы</p>	<p>Не требуются</p>
<p>5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты</p>	<p>То же</p>
<p>5.4 Продукты крови</p>	<p>"</p>
<p>5.5 Лекарственные средства</p>	<p>"</p>
<p>5.6 Прочий расходный материал</p>	<p>Пеленка одноразового применения (при проведении измерения у детей грудного возраста)</p>
<p>6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p> <p>6.1 Алгоритм измерения окружности грудной клетки</p>	<p>1 Подготовка к процедуре:</p> <p>1.1 Проверить целостность сантиметровой ленты, четкость обозначений.</p> <p>1.2 Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры.</p> <p>1.3 Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>1.4 Предложить (помочь) пациенту освободить грудную клетку от одежды и принять удобное положение в зависимости от состояния: сидя или стоя.</p>

## 2 Выполнение процедуры:

2.1 Предложить пациенту слегка отвести руки в стороны.

2.2 Наложить сантиметровую ленту сзади - по нижним углам лопаток, спереди - по четвертому ребру.

Для детей грудного возраста - наложить сантиметровую ленту сзади под нижним углом лопаток, спереди - по нижнему краю околососковых кружков.

Определить по ленте значение окружности грудной клетки. При этом рекомендуется натянуть ленту и слегка прижать мягкие ткани.

2.3 Прodelать измерение три раза (в покое, на максимальном вдохе и максимальном выдохе).

## 3 Окончание процедуры

3.1 Сообщить пациенту результат измерения окружности грудной клетки.

3.2 Поместить сантиметровую ленту в емкость для дезинфекции.

3.3 Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

3.4 Записать результаты в соответствующую медицинскую документацию

<p>7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p>	<p>Измерение окружности груди у детей раннего возраста проводят только в состоянии покоя, у старших - в покое, при вдохе и выдохе.</p> <p>При измерении окружности грудной клетки новорожденному в родильном зале медицинский персонал работает в стерильной одежде (маска, халат, перчатки). Для измерения применяется стерильная сантиметровая лента. Манипуляцию проводят на пеленальном столике</p>								
<p>8 Достижимые результаты и их оценка</p>	<p>Размеры грудной клетки, полученные при измерении в покое, используются для оценки телосложения пациента (подсчет индекса Бругша):</p> $T/L \cdot 100,$ <p>где <math>T</math> - окружность груди, см;</p> <p><math>L</math> - рост, см.</p> <table border="1" data-bbox="630 1209 1339 1924"> <thead> <tr> <th data-bbox="630 1209 938 1377">Значение индекса Бругша:</th> <th data-bbox="938 1209 1339 1377">Оценка телосложения:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="630 1377 938 1512">50-55</td> <td data-bbox="938 1377 1339 1512">норма;</td> </tr> <tr> <td data-bbox="630 1512 938 1713">Более 55</td> <td data-bbox="938 1512 1339 1713">широкая грудная клетка (гиперстеническое телосложение);</td> </tr> <tr> <td data-bbox="630 1713 938 1924">Менее 50</td> <td data-bbox="938 1713 1339 1924">узкая грудная клетка (астеническое телосложение)</td> </tr> </tbody> </table>	Значение индекса Бругша:	Оценка телосложения:	50-55	норма;	Более 55	широкая грудная клетка (гиперстеническое телосложение);	Менее 50	узкая грудная клетка (астеническое телосложение)
Значение индекса Бругша:	Оценка телосложения:								
50-55	норма;								
Более 55	широкая грудная клетка (гиперстеническое телосложение);								
Менее 50	узкая грудная клетка (астеническое телосложение)								

<p>9 Особенности информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента или его законного представителя</p>	<p>Пациент должен быть информирован о предстоящем измерении окружности грудной клетки. Информация, сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели данного исследования. Письменного подтверждения согласия пациента или его законного представителя на измерение окружности грудной клетки не требуется, так как данный диагностический метод не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента</p>
<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения измерения.</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>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ врача - 0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 0,3</p>
<p>12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Не требуются</p>
<p>13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p>	<p>Не требуются</p>

## 10 Технология выполнения простой

# **медицинской услуги функционального назначения ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЯХ (A02.12.002)**

Технология измерения артериального давления на периферических артериях входит в ТВПМУФО и имеет код A02.12.002 по [1].

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 7.

Таблица 7 - ТВПМУФО Измерение артериального давления на периферических артериях

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
<p>1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая следующие требования:</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"</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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 исследования провести гигиеническую обработку рук</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Амбулаторно-поликлинические.</p> <p>Стационарные.</p> <p>Санаторно-курортные.</p> <p>Транспортировка в условиях "скорой медицинской помощи"</p>

4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	<p>Диагностическое.</p> <p>Профилактическое</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 расходуемый материал</p>	<p>Прибор для измерения артериального давления (прошедший ежегодную поверку средств измерения), соответствующий росту-возрастным показателям пациента, разрешенный к применению в Российской Федерации и поверенный.</p> <p>Стетофонендоскоп (при аускультативном определении тонов Короткова).</p> <p>Кушетка (при измерении артериального давления в положении лежа).</p> <p>Стул (при измерении артериального давления в положении сидя).</p> <p>Стол</p> <p>Не требуются</p> <p>То же</p> <p>"</p> <p>Антисептическое или дезинфицирующее средство для обработки мембраны стетофонендоскопа</p> <p>Салфетки марлевые однократного применения</p>

<p>6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Основным неинвазивным методом измерения артериального давления является аускультативный.</p>
<p>6.1 Алгоритм исследования артериального давления на периферических артериях</p>	<p>1 Подготовка к процедуре:</p> <p>1.1 Проверить исправность прибора для измерения артериального давления в соответствии с инструкцией по его применению.</p> <p>1.2 Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры.</p> <p>1.3 Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>1.4 Придать пациенту удобное положение, усадить или уложить его.</p>

## 2 Выполнение процедуры:

2.1 Обнажить руку пациента, расположив ее ладонью вверх, на уровне сердца.

2.2 Наложить манжету прибора для измерения артериального давления на плечо пациента. Между манжетой и поверхностью плеча должно помещаться два пальца (для детей и взрослых с маленьким объемом руки - один палец), а ее нижний край должен располагаться на 2,5 см выше локтевой ямки.

2.3 Наложить два пальца левой руки на предплечье в месте прощупывания пульса.

2.4 Другой рукой закрыть вентиль груши прибора для измерения артериального давления. Постепенно произвести нагнетание воздуха грушей прибора для измерения артериального давления до исчезновения пульса. Этот уровень давления, зафиксированный на шкале прибора для измерения артериального давления, соответствует систолическому давлению.

2.5 Спустить воздух из манжеты прибора для измерения артериального давления и подготовить прибор для повторного накачивания воздуха.

2.6 Мембрану стетофонендоскопа поместить у нижнего края манжеты над проекцией плечевой артерии в области локтевой впадины, слегка прижав к коже, но не прилагая для этого усилий.

2.7 Повторно накачать манжету прибора для измерения артериального давления до уровня, превышающего полученный результат при пальцевом измерении по пульсу на 30 мм рт.ст.

2.8 Сохраняя положение стетофонендоскопа, начать спускать воздух из манжеты со скоростью 2-3 мм рт.ст./с. При давлении более 200 мм рт.ст. допускается увеличение этого показателя

до 4-5 мм рт.ст./с.

2.9 Запомнить по шкале на приборе для измерения артериального давления появление первого тона Короткова - это систолическое давление, значение которого должно совпадать с оценочным давлением, полученным пальпаторным путем по пульсу.

2.10 Отметить по шкале на приборе для измерения артериального давления прекращение громкого последнего тона Короткова - это диастолическое давление. Для контроля полного исчезновения тонов продолжать аускультацию до снижения давления в манжете на 15-20 мм рт.ст. относительно последнего тона.

2.11 Снять манжету прибора для измерения артериального давления с руки пациента.

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.

3.4 Записать результаты в соответствующую медицинскую документацию. Об изменении артериального давления у пациента сообщить врачу

7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики:

7.1 Условия измерения артериального давления	Измерение должно проводиться в спокойной комфортной обстановке при комнатной температуре, после адаптации пациента к условиям кабинета в течение не менее 5-10 мин. За один час до измерения следует исключить прием пищи, курение, прием тонизирующих напитков, алкоголя, применение симпатомиметиков, включая назальные и глазные капли.
7.2 Положение пациента	<p>Артериальное давление допускается определять в положении "сидя" (наиболее распространено), "лежа" и "стоя", однако во всех случаях необходимо обеспечить положение руки, при котором середина манжеты находится на уровне сердца. Каждые 5 см смещения середины манжеты относительно уровня сердца приводят к превышению или занижению значений измерения артериального давления на 4 мм рт.ст.</p> <p>В положении "сидя" измерение проводят у пациента, располагающегося в удобном кресле или на стуле, с опорой на спинку, с исключением скрещивания ног. Необходимо учитывать, что глубокое дыхание приводит к повышенной изменчивости артериального давления, поэтому необходимо информировать об этом пациента до начала измерения. Рука пациента должна быть удобно расположена на столе рядом со стулом и лежать неподвижно с упором в области локтя до конца измерения. При недостаточной высоте стола необходимо использовать специальную подставку для руки. Не допускается положение руки "на весу". Для проведения измерения артериального давления в положении "стоя" необходимо использовать специальные упоры для поддержки руки либо во время измерения поддерживать руку пациента в районе локтя.</p>

### 7.3 Кратность измерений

Повторные измерения проводятся с интервалом не менее 2 мин. Во время первого визита пациента необходимо измерить артериальное давление на обеих руках. В дальнейшем целесообразно проводить эту процедуру только на одной руке, всегда отмечая, на какой именно. При выявлении устойчивой значительной асимметрии (более 10 мм рт.ст. для систолического артериального давления и 5 мм рт.ст. - для диастолического артериального давления) все последующие измерения проводят на руке, где по результатам измерения были получены более высокие значения артериального давления. В противном случае измерения проводят, как правило, на "нерабочей" руке.

Если первые два измерения артериального давления отличаются между собой не более чем на 5 мм рт.ст., измерения прекращают и за уровень артериального давления принимают среднее значение этих величин.

Если значения отличаются друг от друга более чем на 5 мм рт.ст., проводят третье измерение, которое сравнивают по приведенным выше правилам со вторым, а затем, при необходимости, и четвертым измерением. Если в ходе этого цикла выявляется прогрессивное снижение артериального давления, то необходимо дать дополнительное время для расслабления пациента.

Если отмечаются разнонаправленные колебания артериального давления, то дальнейшие измерения прекращают и вычисляют среднее трех последних измерений (при этом исключают максимальные и минимальные значения артериального давления).

<p>7.4 Особенности выполнения методики у детей до 18 лет</p>	<p>Артериальное давление рекомендуется измерять в одни и те же часы суток, после 10-15-минутного отдыха, на правой руке (первый раз на обеих руках), трехкратно с интервалом в 3 мин. Предпочтительнее располагать манжету на уровне сердца.</p> <p>Для определения артериального давления у детей используют возрастные манжеты. Ширина манжеты должна составлять половину окружности плеча ребенка. Манжета тонометра должна соответствовать возрасту и должна быть равна <math>\frac{1}{2}</math> окружности плеча. Выпускаются специальные, соответствующие возрасту манжеты шириной 3,5-13 см.</p> <p>Размеры манжеты для измерения артериального давления:</p> <p>до 1 года - 2,5 см;</p> <p>от 1 до 3 лет - 5-6 см;</p> <p>от 4 до 7 лет - 8-8,5 см;</p> <p>от 8 до 9 лет - 9 см;</p> <p>от 10 до 13 лет - 10 см;</p> <p>от 14 до 18 лет - 13 см.</p> <p>Новорожденным детям измерение артериального давления проводят на голени манжетой М-130, на бедре - манжетой М-180, на височной артерии - М-55.</p> <p>Измерение артериального давления с использованием автоматических тонометров проводится в соответствии с инструкцией к прибору</p>
<p>8 Достигаемые результаты и их оценка</p>	<p>Оценку результатов проводят сопоставлением полученных данных с установленными нормативами (для относительно здорового человека):</p>

	Нормотензия	Гипертензия
	День < 135/85	≥ 140/90
	Ночь < 120/70	≥ 125/75
	<p>Значение артериального давления у детей (нормотензия):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- новорожденные - 70/85;</li> <li>- дети от одного года до 5 лет - 80+2<math>\times</math> ;</li> <li>- дети от 5 до 15 лет - 100+<math>\times</math> (<math>\times</math> - число лет)</li> </ul>	
9 Особенности информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента или его законного представителя	<p>Пациент должен быть информирован о предстоящем исследовании. Информация об измерении артериального давления, сообщаемая ему медицинским работником, включает в себя сведения о цели данного исследования. Письменного подтверждения согласия пациента или его законного представителя на измерение артериального давления не требуется, так как данный диагностический метод не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента</p>	
10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики	<p>Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения измерения.</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 выполнения медицинской услуги технологий простой	Коэффициент УЕТ врача - 1,5. Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 1,5
12 Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения медицинской услуги простой	Не требуются
13 Формулы, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости) расчеты, и другая	Не требуются

## **11 Технология выполнения простой медицинской услуги функционального обследования ТЕРМОМЕТРИЯ ОБЩАЯ (A02.31.001)**

Технология общей термометрии входит в ТВПМУФО и имеет код A02.31.001 по [1].

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 8.

Таблица 8 - ТВПМУФО Термометрия общая

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
<p>1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая следующие требования:</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: "Сестринское дело", "Лечебное дело" или "Акушерское дело"</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<p>2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала</p> <p>2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги</p>	<p>1 До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук.</p> <p>2 В случае повреждения ртутного термометра собрать ртуть и остатки термометра и поместить их в герметично закрытую емкость.</p> <p>3 При встряхивании ртутного термометра не допускается удар одной рукой с термометром по другой руке</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Амбулаторно-поликлинические.</p> <p>Стационарные.</p> <p>Санаторно-курортные</p>

4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Диагностическое
<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>Термометр медицинский (ртутный, электронный или другой, разрешенный к применению).</p> <p>Кушетка (при измерении температуры в положении лежа).</p> <p>Стул (при измерении температуры в положении сидя)</p> <p>Не требуются</p> <p>То же</p> <p>"</p> <p>Дезинфицирующий раствор для обработки термометра.</p> <p>Вазелин (вазелиновое масло) - при измерении ректальной температуры</p> <p>Салфетки марлевые однократного применения.</p> <p>Перчатки нестерильные (при измерении ректальной температуры)</p>
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	

<p>6.1 Алгоритм измерения температуры тела в подмышечной впадине</p>	<p>1 Подготовка к процедуре:</p> <p>1.1 Приготовить сухой чистый термометр: проверить его целостность, при необходимости протереть насухо чистой салфеткой.</p> <p>1.2 Представиться пациенту, объяснить ход предстоящей процедуры.</p> <p>1.3 Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>1.4 Резко стряхнуть ртутный термометр сверху вниз так, чтобы ртуть опустилась по столбику вниз в резервуар.</p> <p>1.5 Помочь пациенту принять удобное положение.</p> <p>2 Выполнение процедуры:</p> <p>2.1 Осмотреть подмышечную впадину, при необходимости вытереть насухо салфеткой или попросить пациента сделать это.</p> <p>2.2 Расположить термометр в подмышечной области так, чтобы ртутный резервуар со всех сторон плотно соприкасался с телом пациента (прижать плечо к грудной клетке).</p> <p>2.3 Оставить термометр в подмышечной впадине не менее чем на 5 мин.</p>
--	--

### 3 Окончание процедуры:

3.1 Извлечь термометр из подмышечной впадины, произвести считывание показаний термометра, держа его на уровне глаз.

3.2 Сообщить пациенту результаты измерения.

3.3 Встряхнуть термометр сверху вниз так, чтобы ртуть опустилась по столбику вниз в резервуар, поместить термометр в емкость для дезинфекции.

3.4 Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

3.5 Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации

### 6.2 Алгоритм измерения температуры в прямой кишке

#### 1 Подготовка к процедуре:

1.1 Приготовить сухой чистый термометр: проверить его целостность, при необходимости протереть насухо чистой салфеткой.

1.2 Представиться пациенту, объяснить ход предстоящей процедуры.

1.3 Обработать руки гигиеническим способом, осушить, надеть перчатки.

1.4 Встряхнуть ртутный термометр сверху вниз так, чтобы ртуть опустилась по столбику вниз в резервуар.

1.5 Наружную поверхность резервуара термометра смазать вазелином.

1.6 Попросить пациента лечь на бок, ноги согнуть в коленных и тазобедренных суставах, привести к животу.

## 2 Выполнение процедуры:

2.1 Раздвинуть первым и вторым пальцами левой руки ягодицы пациента, осмотреть область анального отверстия.

2.2 Ввести резервуар термометра в анальное отверстие на глубину 3-4 см. Если чувствуется сопротивление введению термометра или появляется болезненность, процедуру немедленно прекратить.

2.3 Оставить термометр в прямой кишке не менее чем на 5 мин.

## 3 Окончание процедуры:

3.1 Термометр извлечь, протереть салфеткой, произвести считывание показаний.

3.2 Протереть салфеткой анальное отверстие, помочь пациенту принять удобное положение.

3.3 Сообщить пациенту результат измерения.

3.4 Термометр поместить в емкость для дезинфекции. Подвергнуть дезинфекции использованный материал. Если использованный материал не загрязнен биологическими выделениями, то он может быть просто утилизирован.

3.5 Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции.

3.6 Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

3.7 Сделать соответствующую запись о результатах измерения в медицинской документации

7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики

Измерение температуры тела в стационарных условиях проводят, как правило, два раза в сутки: утром с 6 до 9 ч и вечером с 17 до 19 ч; по назначению врача измерение температуры может проводиться чаще, по мере необходимости.

Перед измерением температуры пациент нуждается в отдыхе (10-15 мин); проводить измерения не ранее чем через один час после приема пищи; в экстренных ситуациях условие не учитывается.

При измерении температуры у пациента с психическими нарушениями необходимо присутствие младшего медицинского персонала во избежание попыток проглатывания термометра или вскрытия вен.

При использовании электронного термометра необходимо следовать инструкции по применению данного прибора.

Одноразовые химические термометры используют для измерения температуры во рту или в подмышечной области. При пероральном применении термометр помещают в ротовую полость произвольно матрицей кверху, результат считывается через 60 с; результаты измерения в области подмышек оценивают через 3 мин, полоска с точечной матрицей обязательно должна быть приложена к телу.

Термометрию у детей проводят в присутствии медсестры. Данные измерения могут искажаться, если в месте проведения измерения имеется воспалительный процесс или рядом находятся излучающие тепло или холод источники.

Температуру тела детям измеряют натощак в покое, но не ранее чем через 30-40 мин после пробуждения в часы максимального колебания суточной температуры (6 ч 00 мин - 8 ч 00 мин и 16 ч 00 мин - 18 ч 00 мин). При склонности ребенка к резкому повышению температуры тела измерения

проводят несколько раз в течение одного часа или постоянно.

Термометрию ртутным термометром в подмышечной области проводят в течение не менее 10 мин. У детей раннего возраста следует придерживать термометр, с тем чтобы избежать его смещения.

При термометрии в паховой складке ногу ребенка сгибают в тазобедренном суставе. В образовавшейся складке кожи размещают термометр. Время измерения - не менее 10 мин.

Термометрия в прямой кишке противопоказана при задержке стула, диарее, заболеваниях прямой кишки. Перед введением термометр смазывают вазелиновым маслом. Ребенка в возрасте до 6 мес укладывают на спину, старших - на левый бок, слегка приведя ноги к животу. Термометр вводят в анальное отверстие за внутренний сфинктер на глубину 3-4 см, затем сближают ягодицы для его фиксации. Длительность термометрии 2-3 мин

8 Достижимые результаты и их оценка

Температура тела, °С

Оценка результатов

35,0 и ниже

Гипотермия

36,2-36,9

Норма

37,0-38,0

Субфебрильная

38,0-39,0

Фебрильная

39,0-40,0

Пиретическая

свыше 40,0

Гиперпиретическая

	<p>Норма для температуры в ротовой полости и прямой кишке выше на 1 °С, чем в подмышечной впадине.</p> <p>Нормой считается температура тела у пожилых людей 35,0 °С - 36,0 °С, у новорожденных - 37,0 °С - 37,2 °С</p>
<p>9 Особенности информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента или его законного представителя</p>	<p>Пациент должен быть информирован о предстоящем исследовании температуры.</p> <p>Письменного подтверждения согласия пациента или его законного представителя на измерение температуры не требуется, так как данный диагностический метод не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента</p>
<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения измерения.</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>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ врача - 0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 0,2</p>
<p>12 Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Не требуются</p>

13	Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Не требуются
----	--	--------------

## Приложение А (рекомендуемое). Оценка показателей, полученных в результате пликотрии

### Приложение А (рекомендуемое)

Интерпретация результатов проводится сопоставлением рассчитанных значений жировой и свободной от жира массы тела, содержание жира в организме, относительной толщины кожно-жировых складок, трофологического статуса с эталонными (табличными) показателями, установленными с учетом пола и возраста пациента.

#### **А1 Расчет жировой и свободной от жира массы тела:**

А.1.1 Измеряют толщину следующих кожных складок, мм: на уровне двухглавых, трехглавых мышц, под лопатками и над подвздошными костями.

А.1.2 Рассчитывают сумму  $E$  сложением полученных результатов измерения кожных складок.

А.1.3 Вычисляют логарифм от полученной суммы  $E$ .

А.1.4 Рассчитывают плотность тела  $D$ , г/мл, по одной из нижеперечисленных формул с учетом возраста пациента и его массы

Возраст, годы	Плотность тела $D$ , г/мл
Мужчины	
17-19	$1,1620 - 0,0630 \times \log(E)$
20-29	$1,1631 - 0,0632 \times \log(E)$
30-39	$1,1422 - 0,0544 \times \log(E)$
40-49	$1,1620 - 0,0700 \times \log(E)$
50 и старше	$1,1715 - 0,0779 \times \log(E)$
Женщины	
17-19	$1,1549 - 0,0678 \times \log(E)$
20-29	$1,1599 - 0,0717 \times \log(E)$
30-39	$1,1423 - 0,0632 \times \log(E)$
40-49	$1,1333 - 0,0612 \times \log(E)$
50 и старше	$1,1339 - 0,0645 \times \log(E)$

А.1.5 Рассчитывают жировую массу тела  $J$ , кг, по формуле (А.1)

$$J = M \left[ \frac{4,95}{D} \right] - 4,5, \quad (\text{A.1})$$

где  $D$  - плотность тела, г/мл;

$M$  - масса тела, кг.

А.1.6 Рассчитывают свободную от жира массу тела  $C$ , кг, по формуле

$$C = M - J, \quad (\text{A.2})$$

где  $M$  - масса тела, кг;

$J$  - жировая масса, кг.

## **А2 Оценка содержания жира в организме в зависимости от суммарной толщины кожно-жировых складок (в четырех местах) и возраста**

А.2.1 Измеряют толщину следующих кожных складок, мм: на уровне двухглавых, трехглавых мышц, под лопатками и над подвздошными костями.

А.2.2 Рассчитывают сумму  $E$  путем сложения полученных результатов измерения кожных складок.

А.2.3 Определяют показатель по таблице А.1.

## **А3 Оценка трофологического статуса по толщине кожно-жировой складки трицепса**

А.3.1 Определяют толщину кожно-жировой складки на уровне трицепса;

А.3.2 Определяют трофологический статус пациента по таблице А.2.

## **А4 Расчет относительной толщины кожно-жировых складок**

Расчет относительной толщины кожно-жировых складок проводят по формуле

$$\frac{(a+b+c+d)100}{e}, \quad (\text{A.3})$$

где  $a$  - толщина жировой складки спины, мм;

$b$  - толщина жировой складки плеча, мм;

$c$  - толщина жировой складки живота, мм;

$d$  - толщина жировой складки голени, мм;

$e$  - длина тела, см.

Таблица А.1 - Показатели содержания жира в организме



Сумма толщин кожно-жировых складок, мм	Возраст, лет			
	17-29	30-39	40-49	более 50
15	4,8	-	-	-
20	8,1	12,2	12,3	12,6
25	10,5	14,2	15,0	15,6
30	12,9	16,2	17,7	18,6
35	14,7	17,7	19,8	20,8
40	16,4	19,2	21,4	22,9
45	17,7	20,4	23,0	24,7
50	19,0	21,5	24,6	26,6
55	20,1	22,5	25,9	27,9
60	21,2	23,5	27,1	29,2
65	22,2	24,3	28,2	30,4
70	23,1	25,1	29,2	31,6
75	24,0	25,9	30,3	32,7

80	24,8	26,7	31,2	33,8
85	25,5	27,2	32,1	34,8
90	26,2	27,8	33,0	35,8
95	26,9	28,4	33,7	36,6
100	27,6	29,0	34,4	37,4
105	28,2	29,6	35,1	38,2
110	28,8	30,1	35,8	39,0
115	29,4	30,6	36,4	39,7
120	30,0	31,1	37,0	40,4
125	30,5	31,5	37,6	41,1
130	31,1	31,9	38,2	41,8
135	31,5	32,2	38,7	42,4
140	32,0	32,7	39,2	43,0
145	32,5	33,1	39,7	43,6
150	32,9	33,5	40,2	44,1
155	33,3	33,9	40,7	44,6
160	33,7	34,3	41,2	45,1

165	34,5	34,6	41,6	45,6
170	34,5	34,8	42,0	46,1

Таблица А.2 - Показатели трофологического статуса пациента

Состояние питания	Возраст, лет							
	Мужчины					Женщины		
	18-19	20-29	30-39	40-49	>50	18-39	40-49	>50
Нормальное (100%)	13,4-20	15,3-18,7	16,2-14,6	15,6-14,0	13,8-12,4	11-10,8	12,6-11,3	11,7-11,5
Легкое нарушение (90%-80%)	12,0-10,7	13,7-12,2	14,6-13,0	14,0-12,5	12,4-11,0	10,8-8,9	11,3-10,1	10,5-9,4
Нарушение средней тяжести (80%-70%)	10,7-9,4	12,2-10,6	13,0-11,3	12,5-10,9	11,0-9,7	8,9-7,8	10,1-8,8	9,4-8,2

## Приложение Б (рекомендуемое). Оценка показателей, полученных при измерении окружности головы

Приложение Б  
(рекомендуемое)

Оценку значений измерений окружности головы для определения физического развития детей проводят сопоставлением полученных данных с половозрастными нормативами, измеряемыми в центильных величинах в соответствии с таблицей Б.1.

Таблица Б.1



11-12 мес	44,3	45	45,9	48,6	49,3	50	11-12 мес	43,2	43,9	44,8	47,8	48,7	49,6
12-15 мес	44,6	45,3	46,2	49,1	49,8	50,7	12-15 мес	43,5	44,2	45	48,2	49,2	50,1
15-18 мес	45,3	46	46,7	49,5	50,3	51,3	15-18 мес	44,2	45,1	45,9	48,7	49,6	50,5
18-21 мес	46	46,6	47,3	49,9	50,7	51,6	18-21 мес	44,9	45,7	46,4	49	49,9	50,9
21-24 мес	46,5	47,2	47,7	50,3	51	52	21-24 мес	45,4	46,1	46,9	49,4	50,2	51,2
24-27 мес	47	47,6	48,1	50,5	51,3	52,3	24-27 мес	46	46,6	47,3	49,7	50,5	51,5
27-30 мес	47,3	47,9	48,5	50,8	51,7	52,7	27-30 мес	46,5	47	47,8	50	50,7	51,8
30-33 мес	47,5	48,2	48,8	51,1	52	53	30-33 мес	47	47,5	48	50,4	51	52
33-36 мес	47,5	48,4	49,2	51,3	52,3	53,3	33-36 мес	47,3	47,9	48,4	50,6	51,4	52,4
36 мес и более	48	48,6	49,5	51,5	52,6	53,5	36 мес и более	47,6	48,1	48,6	51	51,7	52,7
3,5 года	48,6	49,2	49,9	52	53	54	3,5 года	47,8	48,3	49	51,5	52,3	53,2
4 года	49	49,6	50,2	52,4	53,4	54,3	4 года	48	48,6	49,3	51,9	52,7	53,5
4,5 года	49,3	49,8	50,4	52,7	53,8	54,6	4,5 года	48,3	48,9	49,7	52,3	52,9	53,8



16-17 лет	52,4	53,4	54,4	57,9	59	60,1	16-17 лет	50,9	51,7	52,3	55,3	56	56,9
17 и более лет	52,5	53,5	54,6	58	59,1	60,2	17 и более лет	51	51,8	52,4	55,4	56,1	57,1

Интерпретацию и выводы по результатам сравнения делают в соответствии с рекомендациями, приведенными в таблице Б.2.

Таблица Б.2

Центили	Интерпретация	Клиническое значение
Средние или условно нормальные величины		
25-75	Область "средних величин"	Норма
10-25	Область величин "ниже среднего"	Возможное патологическое состояние
75-90	Область величин "выше среднего"	Возможное патологическое состояние
Отклонения от нормы		
3-10	Область "низких величин"	Вероятность патологического состояния высокая
90-97	Область "высоких величин"	Вероятность патологического состояния высокая
До 3	Область "очень низких" величин	Вероятность патологического состояния очень высокая
От 97	Область "очень высоких" величин	Вероятность патологического состояния очень высокая

## Библиография

[1] Номенклатура работ и услуг в здравоохранении (Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, 2004)

Электронный текст документа

подготовлен АО "Кодекс" и сверен по:  
официальное издание  
М.: Стандартинформ, 2009

ГОСТ Р 52623.3-2015

Группа Р24

## НАЦИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Технологии выполнения простых медицинских услуг

МАНИПУЛЯЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА

Technologies of simple medical services. Manipulations of nursing care

ОКС 11.160

ОКП 94 4000

Дата введения 2016-03-01

### Предисловие

1 РАЗРАБОТАН Межрегиональной общественной организацией "Общество фармакоэкономических исследований", Общероссийской общественной организацией "Ассоциация медицинских сестер России"

2 ВНЕСЕН Техническим комитетом по стандартизации ТК 466 "Медицинские технологии"

3 УТВЕРЖДЕН И ВВЕДЕН В ДЕЙСТВИЕ [Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии Российской Федерации от 31 марта 2015 г. N 199-ст](#)

#### 4 ВВЕДЕН ВПЕРВЫЕ

*Правила применения настоящего стандарта установлены в [ГОСТ Р 1.0-2012](#) (раздел 8). Информация об изменениях к настоящему стандарту публикуется в ежегодном (по состоянию на 1 января текущего года) информационном указателе "Национальные стандарты", а официальный текст изменений и поправок - в ежемесячном информационном указателе "Национальные стандарты". В случае пересмотра (замены) или отмены настоящего стандарта соответствующее уведомление будет опубликовано в ближайшем выпуске ежемесячного информационного указателя "Национальные стандарты". Соответствующая информация, уведомление и тексты размещаются также в информационной системе общего пользования - на официальном сайте Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии в сети Интернет ([www.gost.ru](http://www.gost.ru))*

#### 1 Область применения

Настоящий стандарт устанавливает требования к технологиям выполнения простых медицинских услуг манипуляций сестринского ухода (далее - ТПМУМСУ), включая:

- уход за волосами, ногтями, бритье тяжелобольного;
- постановка горчичников;
- постановка банок;
- бритье кожи предоперационное или поврежденного участка;
- постановка пиявок;
- уход за полостью рта больного в условиях реанимации и интенсивной терапии;
- уход за респираторным трактом в условиях искусственной вентиляции легких;
- уход за назогастральным зондом, носовыми канюлями и катетером;
- уход за сосудистым катетером;
- пособие при гастростомах;
- уход за назогастральным зондом;
- пособие при илеостоме;
- пособие при стомах толстого кишечника;
- пособие при дефекации тяжелого больного;
- постановка очистительной клизмы;
- удаление копролита;
- спринцевание влагалища;
- пособие при мочеиспускании тяжелого больного;
- уход за постоянным мочевым катетером;
- уход за внешним мочевым катетером;
- перемещение тяжелобольного в постели;
- размещение тяжелобольного в постели;
- транспортировка тяжелобольного внутри учреждения;
- кормление тяжелобольного через рот и назогастральный зонд;
- приготовление и смена постельного белья тяжелобольному;
- пособие по смене белья и одежды тяжелобольному;
- уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольного;
- уход за пупочной ранкой новорожденного;
- пеленание новорожденного;
- уход за дренажом;
- оценка интенсивности боли.

Настоящий стандарт предназначен для применения медицинскими организациями и учреждениями федеральных, территориальных и муниципальных органов управления здравоохранением, систем обязательного и добровольного медицинского страхования, другими медицинскими организациями различных организационно-правовых форм деятельности, направленной на оказание медицинской помощи.

## **2 Нормативные ссылки**

В настоящем стандарте использована нормативная ссылка на следующий стандарт:

[ГОСТ Р 52623.0-2006](#) Технологии выполнения простых медицинских услуг.  
Общие положения

Примечание - При пользовании настоящим стандартом целесообразно проверить действие ссылочных стандартов в информационной системе общего пользования - на официальном сайте Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии в сети Интернет или по ежегодному информационному указателю "Национальные стандарты", который опубликован по состоянию на 1 января текущего года, и по выпускам ежемесячного информационного указателя "Национальные стандарты" за текущий год. Если заменен ссылочный стандарт, на который дана недатированная ссылка, то рекомендуется использовать действующую версию этого стандарта с учетом всех внесенных в данную версию изменений. Если заменен ссылочный стандарт, на который дана датированная ссылка, то рекомендуется использовать версию этого стандарта с указанным выше годом утверждения (принятия). Если после утверждения настоящего стандарта в ссылочный стандарт, на который дана датированная ссылка, внесено изменение, затрагивающее положение, на которое дана ссылка, то это положение рекомендуется применять без учета данного изменения. Если ссылочный стандарт отменен без замены, то положение, в котором дана ссылка на него, рекомендуется применять в части, не затрагивающей эту ссылку.

## 3 Общие положения

3.1 Настоящий стандарт разработан в соответствии с [ГОСТ Р 52623.0](#) и обеспечивает решение следующих задач при выполнении технологий простых медицинских услуг манипуляций сестринских услуг:

- установление единых требований к технологиям и структурирование методик их выполнения;
- унификация расчета затрат на выполнение простых медицинских услуг;
- установление единых требований к формированию навыков выполнения простых медицинских услуг на додипломном и последипломном уровнях профессионального медицинского образования;
- оценка качества выполнения простой медицинской услуги/

3.2 ТПМУМСУ представляют собой систематизированные своды медицинских правил и условий, технического обеспечения, определяющие порядок и последовательность действий, выполняемых медицинским персоналом. Манипуляции сестринского ухода выполняют специалисты со средним профессиональным медицинским образованием, а также специалисты, имеющие диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по направлению подготовки "сестринское дело (бакалавр)".

3.3 Технологии выполнения простых медицинских услуг, приведенные в настоящем стандарте, учитывают результаты научных исследований в соответствии с принципами медицины, основанной на доказательствах.

3.4 При наличии у пациента заболевания, требующего дополнительных мер безопасности (лихорадка неясного происхождения, особо опасные инфекции и др.), выполнение простой медицинской услуги дополняется особыми мерами безопасности (маска, защитные очки и др.).

3.5 При последовательном выполнении одному пациенту нескольких простых медицинских услуг (комплекса простых медицинских услуг) из подготовительного этапа технологии выполнения каждой последующей простой медицинской услуги может быть исключена обработка рук. В данном случае обработку рук проводят до и после выполнения всего комплекса простых медицинских услуг.

3.6 Добровольное информированное согласие пациента или его законных представителей на выполнение простой медицинской услуги регламентируется соответствующими нормативными документами, принятыми в установленном порядке. Добровольное информированное согласие пациента может быть получено для выполнения как одной простой медицинской услуги, так и их комплекса. Для уверенности в наличии добровольного информированного согласия пациента на выполнение простой медицинской услуги ее предоставление начинают с устного контролирующего вопроса о согласии пациента.

## **4 Технология выполнения простой медицинской услуги "Уход за волосами, ногтями, бритье тяжелобольного"**

Технология ухода за волосами, ногтями, бритье тяжелобольного входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.01.002.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 1.

Таблица 1 - ТПМУМСУ "Уход за волосами, ногтями, бритье тяжелобольного"

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 "Сестринское дело", "Лечебное дело", "Акушерское дело".</p> <p>Младшая медицинская сестра по уходу за больными в присутствии среднего медицинского работника</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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>Во время процедуры использовать перчатки</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Стационарные.</p> <p>Амбулаторно-поликлинические</p>
<p>4 Функциональное назначение простой медицинской услуги</p>	<p>Профилактика заболеваний</p>

5 Материальные ресурсы	
5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Емкость для дезинфекции
5.2 Реактивы	Отсутствуют
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4 Продукты крови	Отсутствуют
5.5 Лекарственные средства	Дезинфицирующее средство

<p>5.6 Прочий расходный материал</p>	<p>Водный термометр.</p> <p>Мыло жидкое.</p> <p>Шампунь.</p> <p>Крем для бритья.</p> <p>Крем после бритья.</p> <p>Крем для рук.</p> <p>Перчатки нестерильные.</p> <p>Марлевые салфетки.</p> <p>Щетка для волос (или расческа) индивидуальная.</p> <p>Полотенце.</p> <p>Мешок для грязного белья.</p> <p>Бритвенный станок (одноразовый) с безопасным лезвием.</p> <p>Валик.</p> <p>Ножницы маникюрные (стерильные).</p> <p>Емкость для воды, кувшин.</p> <p>Клеенка.</p> <p>Фартук клеенчатый.</p> <p>Валик (упор под плечи пациента).</p> <p>Надувная ванночка (для мытья головы)</p>
<p>6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p>	

## 6.1 Алгоритм выполнения мытья головы

### I Подготовка к процедуре:

1) Подготовить все необходимое для процедуры, закрыть окна, обеспечить пациенту условия конфиденциальности.

2) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. 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.

4) Надеть одноразовый фартук.

5) Поставить в изголовье кровати с рабочей стороны стул; пустую емкость для воды поставить на стул.

6) Наполнить другую емкость теплой водой, поставить рядом. Измерить температуру воды.

7) Раздеть пациента до пояса и накрыть оголенную часть туловища простыней, под плечи положить валик.

### II Выполнение процедуры:

1) Удалить все заколки, шпильки. Снять очки. Расчесать волосы пациенту.

2) Подстелить под голову и плечи пациента клеенку, конец которой опустить в емкость, стоящую на стуле; по краю клеенки, вокруг головы положить свернутое валиком полотенце или использовать надувную ванночку.

3) Глаза пациента закрыть полотенцем или пеленкой.

4) Наполнить кувшин водой и аккуратно смочить волосы пациента.

5) Нанести немного шампуня и обеими руками вымыть волосы, бережно массируя кожу головы пациента.

6) Налить в кувшин воду и смыть весь шампунь (если пациент просит, вымыть его волосы шампунем еще раз).

7) Развернуть чистое сухое полотенце, поднять голову пациента и вытереть его волосы насухо. Если ему холодно, обернуть голову полотенцем или косынкой.

### III Окончание процедуры:

1) Клеенку, полотенце, валик, лежащие под головой положить в непромокаемый мешок.

2) При необходимости сменить простыню.

3) Расчесать волосы пациента. Предложить ему зеркало.

4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

5) Уточнить у пациента его самочувствие.

6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.

6.2 Алгоритм ухода за ногами  
тяжелобольного

I Подготовка к процедуре:

1) Наполнить емкость теплой водой, помочь пациенту вымыть руки с мылом. Подготовить необходимое оснащение.

2) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. 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.

4) Положить руки пациента на полотенце и вытереть их насухо.

II Выполнение процедуры:

1) Подстричь ножницами ногти пациента.

2) Нанести крем на руки пациента.

3) Положить полотенце в мешок для белья.

III Окончание процедуры:

1) Удобно расположить пациента в постели.

2) Ножницы поместить в емкость для дезинфекции.

3) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.

4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

5) Уточнить у пациента его самочувствие.

6) Сделать соответствующую запись

	о выполненной процедуре в медицинской документации.

6.2\* Алгоритм  
тяжелобольного

бритья

I Подготовка к процедуре:

1) Подготовить все необходимое для процедуры, закрыть окна, обеспечить пациенту условия конфиденциальности.

2) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. 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.

II Выполнение процедуры:

1) Нанести крем для бритья на кожу пациента. Пальцами одной руки натягивать кожу лица, другой осуществлять бритье прямыми движениями от подбородка к щекам.

2) Предложить пациенту воспользоваться лосьоном после бритья.

3) Предложить пациенту зеркало после процедуры.

III Окончание процедуры:

1) Поместить станок и помазок в емкость для дезинфекции, утилизировать одноразовый станок.

2) Удобно расположить пациента в постели.

3) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.

4) Вымыть руки и осушить их.

5) Уточнить у пациента его самочувствие.

6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации

\* Нумерация соответствует оригиналу. - Примечание изготовителя базы данных.

7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики

После мытья головы, особенно женщинам с длинными волосами, следует надеть на голову полотенце или косынку, чтобы избежать переохлаждения.

При обработке ногтей на ногах следует стричь их прямо, не закругляя углы для предупреждения врастания.

При повреждении кожи пациента следует обработать ее 70%-ным спиртом.

Бритье тяжелобольного пациента рекомендовано выполнять электробритвой для уменьшения раздражения и риска инфицирования кожи.

При выполнении всего комплекса процедур представиться следует один раз

8 Достигаемые результаты и их оценка

Пациент опрятен.

Пациент чувствует себя комфортно

<p>9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p>	<p>Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему, включает сведения о цели данного действия. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на уход за волосами, ногтями и бритье не требуется, так как данные действия не являются потенциально опасным для жизни и здоровья пациента</p>
<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Гигиеническое состояние пациента удовлетворительное.</p> <p>Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения).</p> <p>Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.</p> <p>Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии</p>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ врача - 0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 2,0</p>
<p>12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Отсутствует</p>
<p>13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p>	<p>Отсутствуют</p>

## **5 Технология выполнения простой медицинской услуги "Постановка горчичников"**

Технология постановки горчичников входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.01.003.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 2.

Таблица 2 - ТПМУМСУ "Постановка горчичников"

<p>Содержание требования, условия</p>	<p>Требования по реализации, алгоритм выполнения</p>
<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>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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 необходимо вымыть руки</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Амбулаторно-поликлинические.</p> <p>Стационарные.</p> <p>Санаторно-курортные</p>
<p>4 Функциональное назначение простой медицинской услуги</p>	<p>Лечение заболеваний</p> <p>Профилактика заболеваний</p>
<p>5 Материальные ресурсы</p>	

<p>Приборы, изделия назначения</p> <p>инструменты, медицинского</p>	<p>Горчичники.</p> <p>Лоток для использованного материала.</p> <p>Непромокаемый мешок или контейнер для утилизации отходов класса Б</p>
<p>Реактивы</p>	<p>Отсутствуют</p>
<p>Иммунобиологические препараты и реагенты</p>	<p>Отсутствуют</p>
<p>Продукты крови</p>	<p>Отсутствуют</p>
<p>Лекарственные средства</p>	<p>Дезинфицирующее средство.</p>
<p>Прочий расходный материал</p>	<p>Пеленка.</p> <p>Часы.</p> <p>Салфетка.</p> <p>Емкость для воды.</p> <p>Водный термометр.</p> <p>Нестерильные перчатки</p>
<p>6 Характеристика выполнения медицинской услуги</p> <p>методики простой</p>	

6.1 Алгоритм постановки горчичников

I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Уточнить отсутствие аллергии на горчицу. В случае наличия аллергии и отсутствия согласия на процедуру уточнить дальнейшие действия у врача.
- 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 3) Надеть перчатки.
- 4) Осмотреть кожу пациента на предмет повреждений, гнойничков, сыпи для определения показаний к проведению процедуры.
- 5) Проверить пригодность горчичников: горчица не должна осыпаться с бумаги и иметь специфический (резкий) запах. При использовании горчичников, сделанных по другим технологиям (например, пакетированная горчица) проверить срок годности.
- 6) Подготовить оснащение. Налить в лоток горячую (40°-45°) воду.
- 7) Помочь пациенту лечь на живот (при постановке горчичников на спину) и принять удобную позу, голова пациента должна быть повернута на бок.

II Выполнение процедуры:

- 1) Погрузить горчичник в горячую воду, дать ей стечь.
- 2) Плотно приложить горчичник к коже стороной, покрытой горчицей.

Примечание - Области наложения горчичников представлены в приложении А, рисунок А.1.

- 3) Повторить действия, размещая нужное

количество горчичников на коже.

4) Укрыть пациента пеленкой, затем одеялом.

5) Уточнить ощущения пациента и степень гиперемии через 3-5 мин.

6) Оставить горчичники на 10-15 мин, учитывая индивидуальную чувствительность пациента к горчице.

III Окончание процедуры:

1) При появлении стойкой гиперемии (через 10-15 мин) снять горчичники и положить их в подготовленный лоток для использованных материалов с последующей их утилизацией.

2) Смочить салфетку в теплой воде и снять с кожи остатки горчицы.

3) Пеленкой промокнуть кожу пациента насухо. Помочь ему надеть нижнее белье, укрыть одеялом и предупредить, чтобы он оставался в постели еще не менее 20-30 мин и в этот день не принимал ванну или душ.

4) Снять перчатки.

5) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

6) Уточнить у пациента его самочувствие.

7) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации

<p>7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p>	<p>Необходимо следить за временем выполнения процедуры, так как при более длительном воздействии горчичников возможен химический ожог кожи с образованием пузырей.</p> <p>При сильном жжении или повышенной чувствительности кожи горчичники накладываются через тонкую бумагу или ткань.</p>
--	---

<p>8 Достигаемые результаты и их оценка</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="671 703 976 833">Результат</th> <th data-bbox="976 703 1307 833">Оценка</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="671 833 976 1048">Гиперемия кожи, чувство жжения</td> <td data-bbox="976 833 1307 1048">Процедура выполнена правильно</td> </tr> <tr> <td data-bbox="671 1048 976 1346">Отсутствие покраснения, нет чувства жжения</td> <td data-bbox="976 1048 1307 1346">Процедура выполнена неправильно, лечебный эффект не достигнут</td> </tr> <tr> <td data-bbox="671 1346 976 1765">Признаки химического ожога (появление на коже пузырей)</td> <td data-bbox="976 1346 1307 1765">Процедура выполнена неправильно в связи с несоблюдением времени постановки горчичников</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="647 1868 1219 1906">Пациент чувствует себя комфортно</p>	Результат	Оценка	Гиперемия кожи, чувство жжения	Процедура выполнена правильно	Отсутствие покраснения, нет чувства жжения	Процедура выполнена неправильно, лечебный эффект не достигнут	Признаки химического ожога (появление на коже пузырей)	Процедура выполнена неправильно в связи с несоблюдением времени постановки горчичников
Результат	Оценка								
Гиперемия кожи, чувство жжения	Процедура выполнена правильно								
Отсутствие покраснения, нет чувства жжения	Процедура выполнена неправильно, лечебный эффект не достигнут								
Признаки химического ожога (появление на коже пузырей)	Процедура выполнена неправильно в связи с несоблюдением времени постановки горчичников								

9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о постановке горчичников, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели данного исследования. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента
10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики	Соответствует разделу 8
11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги	Коэффициент УЕТ врача - 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 1,5
12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Области наложение горчичников приведены в приложении А
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

## 6 Технология выполнения простой медицинской услуги "Постановка банок"

Технология постановки банок входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.01.004.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 3.

Таблица 3 - ТПМУМСУ "Постановка банок"

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 высшего образовательного учебного заведения по специальностям: "Лечебное дело", "Педиатрия", направление подготовки "Сестринское дело (бакалавр)".</p> <p>Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело".</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<p>2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала</p>	

<p>2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги</p>	<p>При постановке банок необходимо соблюдать правила противопожарной безопасности:</p> <p>исключить контакт кожи пациента и постельного белья с источником открытого огня;</p> <p>использовать достаточно плотный фитиль, исключающий ожог пациента вследствие отрыва горячей ваты; горючее вещество, которым смочен фитиль, не должно капать с него.</p> <p>До и после проведения процедуры необходимо вымыть руки с использованием мыла или антисептика</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Амбулаторно-поликлинические.</p> <p>Стационарные</p>
<p>4 Функциональное назначение простой медицинской услуги</p>	<p>Лечение 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>Медицинские банки.</p> <p>Шпатель.</p> <p>Корнцанг</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Отсутствуют</p>

<p>5.5 Лекарственные средства</p>      <p>5.6 Прочий расходный материал</p>	<p>Этиловый спирт 96%-ный.</p> <p>Вазелин.</p> <p>Дезинфицирующее средство</p> <p>Полотенце или пеленка.</p> <p>Вата.</p> <p>Спички.</p> <p>Емкость с водой.</p> <p>Ящик для банок.</p> <p>Часы.</p> <p>Станок для бритья (при необходимости).</p> <p>Емкость для дезинфекции</p>
<p>6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p>	

## 6.1 Алгоритм постановки банок

### I Подготовка к процедуре:

1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

2) Убедиться в целостности краев банок и разместить их в ящике, на столе у постели пациента.

3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

4) Отрегулировать высоту кровати.

5) Опустить изголовье кровати, помочь пациенту лечь на живот (при постановке банок на спину), предложить повернуть голову на бок, руками обхватить подушку. Освободить от одежды верхнюю часть туловища.

6) Длинные волосы пациента(ки) прикрыть пеленкой.

7) При наличии волос в месте постановки банок, заручившись согласием пациента, сбрить их.

## II Выполнение процедуры:

- 1) Нанести на кожу тонкий слой вазелина.
- 2) Сделать плотный фитиль из ваты и закрепить на корнцанге.
- 3) Смочить фитиль в спирте и отжать его. Флакон закрыть крышкой и отставить в сторону. Вытереть руки.
- 4) Зажечь фитиль
- 5) Ввести фитиль в банку, предварительно взятую в другую руку.
- 6) Удерживать фитиль в полости банки 2-3 с, извлечь его и быстрым движением приставить банку к коже больного.
- 7) Повторить этапы 5-6 необходимое, по числу банок, количество раз.
- 8) Потушить фитиль, погрузив его в воду.
- 9) Накрывать поверхность банок полотенцем или пеленкой, а сверху накрыть больного одеялом.
- 10) Через 3-5 мин проконтролировать эффективность постановки по выраженному (1 и более см) втягиванию кожи в полость банки и убедиться в отсутствии болевых ощущений у пациента. При неэффективной постановке одной или нескольких банок - снять их и установить повторно.
- 11) Выдержать экспозицию 15-20 мин.
- 12) По истечении времени процедуры снять банки (одной рукой отклонить банку в сторону, другой надавить на кожу с противоположной стороны у

края банки, после чего снять банку).

13) Салфеткой удалить с кожи пациента вазелин.

III Окончание процедуры:

1) Помочь пациенту одеться.

2) Банки вымыть теплой водой, продезинфицировать и уложить в ящик.

3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

4) Уточнить у пациента его самочувствие.

5) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации

7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики

Типичным местом постановки банок является поверхность грудной клетки, исключая область сердца, область позвоночника и область молочных желез у женщин.

В практике рефлексотерапии допустима постановка банок на иные зоны тела с соблюдением общих противопоказаний. Во всех случаях банки должны ставиться на области с выраженным подкожно-жировым и/или мышечным слоем. В клинической практике разрешается использование альтернативных способов постановки банок. Преимуществами альтернативных способов является достижение клинического эффекта без использования пламени, снижение материальных затрат, больший психологический комфорт для пациента. Альтернативными способами постановки банок являются:

- использование силиконовых банок, позволяющих после сжатия и контакта с поверхностью кожи пациента создавать дозированное разрежение до 0,05 МПа. При этом этапы 10-13 методики выполнения простой медицинской услуги изменяются следующим образом: сдавить корпус банки, достигая уменьшения объема внутренней полости; приложить банку к выбранному месту, обеспечивая плотный контакт плоскости горлышка с кожей пациента; отпустить корпус банки.

- использование методов аппаратной вакуум-терапии, при которых разрежение в полости банки достигается использованием механического или электрического насоса. Использование аппаратов вакуум-терапии проводится в соответствии с инструкцией

	производителя
8 Достигаемые результаты и их оценка	<p>Снижение давления на участке коже существенно изменяет нормальное соотношение градиентов гидростатического и онкотического давлений в подлежащих кровеносных и лимфатических сосудах, что приводит к нарастанию конвекционного потока жидкости и двустороннего обмена веществ в зоне микроциркуляции. Нарастание концентрационных градиентов кислорода и диоксида углерода приводит к нарастанию скорости их транскапиллярной диффузии и повышает интенсивность метаболизма подлежащих тканей. Увеличение проницаемости эндотелия поверхностного сосудистого сплетения дермы приводит к увеличению количества выходящих в интерстиций нейтрофилов и макрофагов, которые утилизируют продукты воспаления и стимулируют репаративную регенерацию тканей.</p> <p>Разрыв капилляров в месте постановки приводит к образованию гематомы, вследствие аутолиза которой активизируется биосинтез собственных, в том числе иммунокомпетентных, белков организма.</p> <p>Раздражение рефлекторных зон кожи приводит, вследствие возникающих кожно-висцеральных рефлексов, к увеличению кровоснабжения внутренних органов, сегментарно связанных с данной областью воздействия</p>

<p>9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p>	<p>Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели и ходе данной процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется</p>
<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии.</p> <p>Отсутствие осложнений во время и после проведения процедуры.</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>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ врача - 0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 1,0</p>

12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствует
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

## **7 Технология выполнения простой медицинской услуги "Бритье кожи предоперационного или поврежденного участка"**

Технология бритья кожи предоперационного или поврежденного участка входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.01.017.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 4.

Таблица 4 - ТПМУМСУ "Бритье кожи предоперационное или поврежденного участка"

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 образовательного учреждения по специальностям: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело"</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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>Использование перчаток во время процедуры</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Амбулаторно-поликлинические.</p> <p>Стационарные</p>
<p>4 Функциональное назначение простой медицинской услуги</p>	<p>Профилактика 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>Кушетка медицинская</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Антисептик для обработки кожи</p> <p>Клеенка.</p> <p>Перчатки нестерильные.</p> <p>Салфетки марлевые нестерильные.</p> <p>Салфетки марлевые стерильные.</p> <p>Средство для бритья (крем, пенка).</p> <p>Бритвенный станок однократного применения.</p> <p>Емкость для утилизации волос.</p> <p>Клеенчатый фартук.</p> <p>Машинка для стрижки волос (при необходимости).</p> <p>Ширма.</p> <p>Станок для бритья одноразовый (при необходимости)</p>
<p>6 Характеристика выполнения методики простой медицинской услуги</p>	

<p>6.1 Алгоритм бритья предоперационного поврежденного участка</p>	<p>кожи или</p>	<p>I Подготовка к процедуре:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.</li> <li>2) Обеспечить конфиденциальность процедуры (пригласить пациента в специально отведенное помещение или установить ширму).</li> <li>3) Подготовить необходимое оснащение.</li> <li>4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</li> <li>5) Помочь пациенту раздеться и принять необходимое положение (лежа на спине, животе, сидя на стуле). При необходимости подстелить под площадь обрабатываемой кожи клеенку.</li> <li>6) Надеть нестерильные перчатки и клеенчатый фартук.</li> <li>7) Оценить состояние кожных покровов в области операционного вмешательства или раневого участка (наличие повреждений, высыпаний, новообразований и признаков инфекции или инфицирования).</li> <li>8) Определить границы бритья с учетом возможного расширения операционного доступа.</li> </ol> <p>II Выполнение процедуры:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Обработать кожу пациента кожным антисептиком, разрешенным к применению.</li> <li>2) Убедиться, что кожные покровы</li> </ol>
--	-----------------	---

сухие.

3) Приступить непосредственно к бритью кожных покровов с использованием средства для бритья при необходимости: вести станок вниз, оттягивая кожу кверху, до полного удаления волосяного покрова (при бритье пораженного участка направление движения - от краев раны кнаружи, на рану положить стерильную салфетку, чтобы не попали волосы).

4) При загрязнении лезвия волосами удалить их салфеткой.

5) Обработать кожу после бритья кожным антисептиком.

III Окончание процедуры:

1) Поместить волосы в емкость для утилизации.

2) Поместить бритвенный станок, перчатки и другие использованные материалы в емкость для дезинфекции.

3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

4) Уточнить у пациента его самочувствие.

5) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию

<p>7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p>	<p>Необходимо использовать щадящую, бережную технику бритья.</p> <p>Принимать меры для соблюдения приватности.</p> <p>При подготовке пациента к хирургическому вмешательству на голове использовать машинку для стрижки волос.</p> <p>При наличии длинного волосяного покрова на груди, животе, спине и конечностях рекомендуется сначала использовать ножницы, а потом станок.</p> <p>При подготовке операционного поля плановых пациентов использовать депиляционные средства (крем, пенка)</p>
<p>8 Достижимые результаты и их оценка</p>	<p>Качественная и своевременная подготовка операционного поля.</p> <p>Отсутствуют повреждения кожи</p>
<p>9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p>	<p>Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели и содержании данной процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется</p>

<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации.</p> <p>Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения). Отсутствие осложнений.</p> <p>Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.</p> <p>Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии</p>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ врача - 1,0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 1,0</p>
<p>12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Отсутствует</p>
<p>13 Формулы, расчеты, номограммы и другая документация (при необходимости)</p>	<p>Отсутствуют</p>

## 8 Технология выполнения простой медицинской услуги "Постановка пиявок"

Технология постановки пиявок входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.05.001.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 5.

Таблица 5 - ТПМУМСУ "Постановка пиявок"

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 учебного учреждения по специальностям "Лечебное дело", "Сестринское дело", "Акушерское дело"</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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>Использование перчаток во время процедуры</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Стационарные.</p> <p>Амбулаторно-поликлинические.</p> <p>Санаторно-курортные</p>
<p>4 Функциональное назначение простой медицинской услуги</p>	<p>Лечение заболеваний</p>

5 Материальные ресурсы	
5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	<p>Пинцет анатомический.</p> <p>Банка медицинская или пробирка.</p> <p>Лоток.</p> <p>Контейнер для дезинфекции и утилизации</p>
5.2 Реактивы	Отсутствуют
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4 Продукты крови	Отсутствуют
5.5 Лекарственные средства	<p>Спирт 70%-ный.</p> <p>Раствор перекиси водорода 3%-ный.</p> <p>Спиртовый йодный раствор 5%-ный.</p> <p>Стерильный раствор глюкозы 40%-ный.</p> <p>Нашатырный спирт.</p> <p>Шесть-восемь подвижных медицинских пиявок</p>

<p>5.6 Прочий расходный материал</p>	<p>Вата.  Бинт.  Лейкопластырь.  Клеенка или одноразовая пленка.  Гемостатическая губка.  Перчатки нестерильные.  Ножницы.  Часы.  Ватные шарики.  Стерильные салфетки.  Ватно-марлевые тампоны.  Емкость для воды.  Пузырь со льдом</p>
<p>6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p>	

## 6.1 Алгоритм постановки пиявок

### I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 2) Помочь пациенту удобно лечь для предстоящей процедуры.
- 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 4) Подготовить необходимое оснащение и оборудование.
- 5) Осмотреть место постановки пиявок. Подстелить клеенку при необходимости или пеленку одноразовую под предполагаемую область.
- 6) Надеть перчатки.

## II Выполнение процедуры:

1) Обработать кожу (место постановки пиявок) вначале 70%-ным спиртом (место, большее по площади, чем нужно для процедуры), стерильной салфеткой или ватным шариком, смоченным в горячей кипяченой воде, протереть кожу до покраснения, меняя шарики 2-3 раза. Кожу осушить стерильной салфеткой.

2) Смочить место постановки пиявок стерильным раствором 40%-ной глюкозы.

3) Поместить пиявку на ватно-марлевый тампон, транспортировать ее в пробирку или банку хвостовым концом вниз.

4) Поднести пробирку или банку к коже или слизистой (в стоматологии), отверстие пробирки или банки плотно приставить к месту присасывания (как только пиявка присосется, в ее передней части появится волнообразное движение).

5) Положить салфетку под заднюю присоску.

6) Повторить пп. II.3)-II.5) до тех пор, пока не будут поставлены все пиявки.

7) Наблюдать за активностью пиявок: если не движутся, слегка провести по их поверхности пальцем.

8) Снять ватно-марлевым тампоном, смоченным спиртом, через 20-30 мин (по назначению врача) все пиявки.

9) Поместить снятые пиявки в емкость с дезинфицирующим раствором с последующей утилизацией.

III Окончание процедуры:

- 1) Поместить пинцет в емкость для дезинфекции.
- 2) Обработать кожу вокруг ранки антисептиком или 5%-ным спиртовым раствором йода.
- 3) Наложить асептическую ватно-марлевую давящую повязку с слоем ваты, менять повязку в течение суток по необходимости.
- 4) Фиксировать повязку бинтом или лейкопластырем.
- 5) Убрать клеенку в емкость для дезинфекции.
- 6) Обработать использованные пиявки, убедиться, что число пиявок, поставленных пациенту, и число пиявок, находящихся в емкости для дезинфекции совпадает.
- 7) Снять перчатки и поместить в емкость для дезинфекции.
- 8) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 9) Уточнить у пациента его самочувствие.
- 10) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации

<p>7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p>	<p>Если повязка промокла, снять верхние слои повязки и наложить новый слой асептической ватно-марлевой повязки. Повязку через 24 ч снять или сменить.</p> <p>Во время процедуры наблюдать за активностью пиявок: если не движутся, слегка провести по их поверхности влажным пальцем или ватным шариком, смоченным водой. Если через 2-3 дня ранки продолжают кровоточить, то к ним прикладывают стерильный шарик, смоченный крепким раствором калия перманганата или прижигают кристалликами калия перманганата. Если кровотечение прекратилось, обрабатывают ранки 3%-ным раствором перекиси водорода и накладывают сухую асептическую повязку.</p> <p>Места постановки пиявок: область сосцевидных отростков, область правого подреберья, левая половина грудной клетки, в шахматном порядке вдоль пораженной вены, копчик, височная область.</p> <p>Пиявки используются однократно</p>
<p>8 Достигаемые результаты и их оценка</p>	<p>Пациент чувствует себя комфортно во время наложения и после снятия пиявок</p>

<p>9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p>	<p>Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели и содержании данной процедуры.</p> <p>Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется</p>
<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации.</p> <p>Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения).</p> <p>Отсутствие осложнений.</p>
<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.</p> <p>Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии</p>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ врача - 0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 3,0</p>

12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствует
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

## **9 Технология выполнения простой медицинской услуги "Уход за полостью рта больного в условиях реанимации и интенсивной терапии"**

Технология ухода за полостью рта больного в условиях реанимации и интенсивной терапии входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.07.001.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 6.

Таблица 6 - ТПМУМСУ "Уход за полостью рта больного в условиях реанимации и интенсивной терапии"

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>Младшая медицинская сестра по уходу за больными.</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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>Использование перчаток во время процедуры</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Стационарные</p>
<p>4 Функциональное назначение простой медицинской услуги</p>	<p>Лечение заболеваний.</p> <p>Профилактика 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>Лоток.</p> <p>Корнцанг.</p> <p>Пинцет.</p> <p>Вакуумный электроотсос</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Антисептический раствор для обработки полости рта пациента.</p> <p>Стерильный глицерин.</p> <p>Вазелин или масляный раствор витамина Е</p> <p>Чистое полотенце.</p> <p>Тампоны для обработки полости рта.</p> <p>Стерильные марлевые салфетки.</p> <p>Шпатель.</p> <p>Перчатки нестерильные.</p> <p>Одноразовая зубная щетка</p>
<p>6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p>	

## 6.1 Алгоритм ухода за полостью рта

### I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и его переносимость. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 3) Подготовить все необходимое оборудование.
- 4) Расположить пациента в одном из следующих положений.
- 5) На спине под углом более 45°, если это не противопоказано, или
- 6) Лежа на боку, или
- 7) Лежа на животе (или спине), повернув голову вбок.
- 8) Надеть перчатки.
- 9) Обернуть полотенце вокруг шеи пациента.

## II Выполнение процедуры:

1) Приготовить мягкую зубную щетку (без зубной пасты) для чистки зубов. Смочить ее в приготовленном антисептическом растворе. При отсутствии зубной щетки можно использовать марлевую салфетку, закрепленную на зажиме или пинцете.

2) Произвести чистку зубов, начиная с задних зубов, и последовательно вычистить внутреннюю, верхнюю и наружную поверхность зубов, выполняя движения вверх-вниз в направлении от задних к передним зубам. Повторить те же действия с другой стороны рта. Процедура повторяется не менее двух раз. Использовать шпатель для обнажения зубов.

3) Сухими тампонами промокнуть ротовую полость пациента для удаления остатков жидкости и выделений из полости рта.

4) Попросить больного высунуть язык. Если он не может этого сделать, то необходимо обернуть язык стерильной марлевой салфеткой и левой рукой осторожно вытянуть его изо рта.

5) Салфеткой, смоченной в антисептическом растворе, протереть язык, снимая налет, в направлении от корня языка к его кончику. Отпустить язык, сменить салфетку.

6) Салфеткой, смоченной в антисептическом растворе, протереть внутреннюю поверхность щек, пространство под языком, десны пациента.

7) При сухости языка смазать его стерильным глицерином.

	<p>8) Обработать последовательно верхнюю и нижнюю губы тонким слоем вазелина (для профилактики трещин на губах).</p> <p>III Завершение процедуры:</p> <p>1) Убрать полотенце. Разместить пациента в удобном положении.</p> <p>2) Собрать принадлежности по уходу и доставить в специальную комнату для дальнейшей обработки.</p> <p>3) Снять перчатки, поместить их в контейнер для дезинфекции.</p> <p>4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>5) Уточнить у пациента его самочувствие.</p> <p>6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации</p>
<p>7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p>	<p>При сухости во рту или галитозе (неприятный запах) рот следует промывать 15-30 мл стандартного состава для полоскания рта (на 1 л воды одна чайная ложка пищевой соды, одна чайная ложка соли, мятная вода для запаха) через каждые 2-4 ч</p>
<p>8 Достигаемые результаты и их оценка</p>	<p>Отсутствие у пациента скопления секрета в полости рта.</p> <p>Отсутствие патологических изменений слизистых полости рта</p>

<p>9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p>	<p>Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре (если он в сознании). Информация, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели и ходе данной процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется</p>
<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации.</p> <p>Отсутствие осложнений.</p> <p>Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.</p> <p>Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии</p>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ врача - 0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 2,0</p>
<p>12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Отсутствует</p>

13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют
---	-------------

## **10 Технология выполнения простой медицинской услуги "Уход за респираторным трактом в условиях искусственной вентиляции легких"**

Технология ухода за респираторным трактом в условиях искусственной вентиляции легких входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.08.001.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 7.

Таблица 7 - ТПМУМСУ "Уход за респираторным трактом в условиях искусственной вентиляции легких"

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 высшего профессионального образовательного учреждения по специальностям: "Лечебное дело", "Педиатрия", направление подготовки "Сестринское дело (бакалавр)".</p> <p>Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального образовательного учреждения по специальностям: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело"</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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>Использование перчаток во время процедуры</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Стационарные. Транспортные</p>

4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний. Профилактика заболеваний
5 Материальные ресурсы	
5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	<p>Функциональная кровать.</p> <p>Манипуляционный столик.</p> <p>Аппарат для аспирации (стационарный или портативный) или электроотсос.</p> <p>Катетер стерильный аспирационный с вакуум-контролем, длина 60 см.</p> <p>Катетер стерильный аспирационный.</p> <p>Роторасширитель.</p> <p>Языкодержатель.</p> <p>Зажим.</p> <p>Пинцет стерильный.</p> <p>Шприц 20 мл.</p> <p>Шприц 10 мл</p>
5.2 Реактивы	Отсутствуют
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4 Продукты крови	Отсутствуют
5.5 Лекарственные средства	<p>Спирт этиловый 70%-ный.</p> <p>Стерильный раствор натрия хлорида 0,9%-ный.</p> <p>Вазелиновое масло.</p>

<p>5.6 Прочий расходный материал</p>	<p>Стерильные перчатки.</p> <p>Стерильные марлевые салфетки (ватные шарики).</p> <p>Маска.</p> <p>Очки защитные.</p> <p>Фартук.</p> <p>Шпатель стерильный</p>
<p>6 Характеристика методики выполнения медицинской услуги</p>	

6.1 Алгоритм ухода за респираторным трактом

за I Подготовка к процедуре:

1) Оценить уровень сознания пациента, состояние респираторной системы, основные показатели жизнедеятельности.

2) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры (если он в сознании). Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру (если он в сознании). В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

4) Выполнить процедуры, способствующие отделению мокроты у пациента (постуральный дренаж, вибрационный массаж грудной клетки).

5) Включить аппарат для аспирации (или электроотсос).

6) Отключить аварийную сигнализацию аппарата искусственной вентиляции легких.

7) Надеть защитную одежду (фартук, маску, очки).

8) Надеть стерильные перчатки.

## II Выполнение процедуры:

1) Открыть упаковку со стерильным аспирационным катетером, освободить катетер от упаковки, смочить в стерильном физиологическом растворе и ввести его в носовую полость пациента.

2) Открыть контейнер для отсасывания, наполнить стерильным физиологическим раствором.

3) Присоединить стерильный катетер для отсасывания к соединяющей трубке электроотсоса.

4) Проверить уровень давления, приложив большой палец левой руки к датчику на выходном отверстии катетера.

5) Провести преоксигенацию 100%-ным кислородом в течение 2-3 мин.

6) Обработать стерильным марлевым тампоном, смоченным 70%-ным спиртом, место соединения интубационной трубки и катетера.

7) Отсоединить аппарат искусственной вентиляции легких от пациента. Следить за показателем насыщения организма кислородом.

8) Санация трахеи и бронхов:

а) Осторожно ввести стерильный катетер в эндотрахеальную или трахеостомическую трубку до упора при выключенном электроотсосе. При санации правого бронха голову поворачивать налево, при санации левого бронха - направо.

б) Включить электроотсос и осторожными вращательными движениями извлечь катетер из дыхательных путей, проводя отсасывание.

в) Следить за жизненными функциями. При снижении сатурации кислорода ниже 94%-90%, появлении брадикардии, нарушении ритма и других осложнений немедленно прекратить процедуру, провести вентиляцию 100%-ным кислородом, сообщить врачу.

г) Опустить катетер в стерильный физиологический раствор и провести отсасывание для удаления сгустков и мокроты из катетера.

д) Аспирацию повторять неоднократно до восстановления свободной проходимости дыхательных путей.

9) Уход за манжетой:

а) Проверить раздувание манжеты трубки путем сжатия между большим и указательным пальцами.

б) Выпустить воздух из манжеты при помощи шприца.

10) При необходимости перед аспирацией провести санацию верхних дыхательных путей:

а) Стерильными катетерами поочередно аспирировать содержимое носовых ходов.

б) Носовые ходы обработать стерильным физиологическим раствором.

в) Провести аспирацию из трахеи по вышеуказанной методике.

г) Раздуть манжету воздухом с помощью шприца до создания герметичности.

Манипуляцию проводить каждые 2-4 ч.

д) Перед удалением воздуха из манжеты убедиться в отсутствии содержимого в носоглотке и ротоглотке.

е) Повторить аспирацию катетером содержимого ротовой полости до полного его удаления.

11) Использованные инструменты, изделия медицинского назначения и расходные материалы поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.

12) При наличии у пациента трахеостомы сделать перевязку трахеостомической раны (смена повязки проводится каждые 8 ч).

### III Окончание процедуры:

- 1) Установить скорость подачи кислорода на уровень, предписанный до отсасывания.
- 2) Оценить состояние дыхательной системы и жизненные показатели.
- 3) Выключить аппарат для отсасывания.
- 4) Обернуть катетер для отсасывания вокруг руки в стерильной перчатке.
- 5) Отсоединить катетер для отсасывания от соединяющей трубки.
- 6) Снять перчатку, обернуть ее поверх катетера.
- 7) Поместить использованные материалы в емкость с дезинфицирующим раствором.
- 8) Проверить герметичность дыхательного контура, правильность нахождения трубки, наличие жидкости в увлажнителе дыхательного аппарата.
- 9) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 10) Включить аварийную сигнализацию аппарата искусственной вентиляции легких.
- 11) Уточнить у пациента его самочувствие (если он в сознании).
- 12) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации

<p>7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p>	<p>Санацию проводят до полного восстановления проходимости дыхательных путей.</p> <p>Катетер используется однократно.</p> <p>Для лучшей эвакуации мокроты ввести 1-2 мл физиологического раствора.</p> <p>При наличии густой, вязкой мокроты и обструкции мелких бронхов провести лаваж.</p> <p>Не проводить отсасывание более 10-15 с. В интервалах между аспирацией проводить искусственную вентиляцию легких аппаратом.</p> <p>Содержимое каждого из носовых ходов и ротоглотки аспирировать разными катетерами.</p> <p>Для открытия рта использовать роторасширитель, для отведения языка - языкодержатель, для отведения щек - шпатель.</p> <p>Для обработки полости рта стерильным физиологическим раствором использовать стерильные марлевые тампоны, пинцет и зажим</p>
--	---

<p>8 Достигаемые результаты и их оценка</p>	<p>У пациента отмечается восстановление проходимости дыхательных путей:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- отсутствие хлюпающих звуков из трубки при дыхании;</li> <li>- проведение легочного звука по всем легочным полям при аускультации.</li> </ul> <p>У пациента отсутствуют инфекции дыхательных путей.</p> <p>Пациент может свободно дышать через трахеостому Кожа вокруг трахеостомической трубки без видимых изменений.</p>
---	--

Частота дыхания	Оценка результатов
14-20	Норма
Уменьшение сопротивления на вдохе не более 10-15 мм вод.ст.	Норма
Сатурация кислорода не ниже 94%-96%	Норма

9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи

Необходимо письменное согласие в истории болезни на интубацию трахеи пациента или его законных представителей. При невозможности получить такое согласие из-за тяжести состояния больного и отсутствия времени на поиск законных представителей решение принимается консилиумом врачей в составе лечащего врача, анестезиолога-реаниматолога, заместителя гл. врача по медицинской части учреждения или дежурного администратора.

При невозможности собрать консилиум вопрос решает лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения. Медицинская сестра должна убедиться в наличии письменного согласия или решения консилиума на процедуру, которая предусматривает необходимость ухода за респираторным трактом в условиях искусственной вентиляции легких

<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации.</p> <p>Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения).</p> <p>Отсутствие осложнений.</p> <p>Уменьшение сроков пребывания пациента на искусственной вентиляции легких.</p> <p>Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии</p>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ врача - 0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 2,0</p>
<p>12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Отсутствует</p>
<p>13 Формулы, расчеты, номограммы и другая документация (при необходимости)</p>	<p>Отсутствуют</p>

## 11 Технология выполнения простой медицинской услуги "Уход за назогастральным зондом, носовыми канюлями и катетером"

Технология ухода за назогастральным зондом, носовыми канюлями и катетером входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.08.003.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 8.

Таблица 8 - ТПМУМСУ "Уход за назогастральным зондом, носовыми канюлями и катетером"



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", "Сестринское дело", "Акушерское дело"</p> <p>Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: "Лечебное дело", "Педиатрия", направление подготовки "Сестринское дело (бакалавр)".</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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>Использование перчаток во время процедуры</p>

3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические. Стационарные
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний. Профилактика заболеваний
5 Материальные ресурсы  5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения  5.2 Реактивы  5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты  5.4 Продукты крови  5.5 Лекарственные средства	Шприц на 150 мл (шприц Жане). Фонендоскоп. Вакуумный отсасыватель. Лоток. Зонд назогастральный  Отсутствуют  Отсутствуют  Отсутствуют  Глицерин. Физиологический раствор или специальный раствор для промывания

5.6 Прочий расходный материал	Нестерильные перчатки. Стерильные марлевые салфетки. Емкость для промывания катетера. Пластырь. Шпатель
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	

6.1 Алгоритм ухода за назогостральным зондом, носовыми канюлями и катетером

I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры, уточнить, испытывает ли он какой-либо дискомфорт от зонда (если пациент в сознании) и определить необходимость изменений.
- 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 3) Надеть перчатки.

II Выполнение процедуры:

- 1) Осмотреть место введения зонда на предмет признаков раздражения или сдавления.
- 2) Проверить месторасположение зонда: попросить пациента открыть рот, чтобы увидеть зонд в глотке.
- 3) Подсоединить шприц с 10-20 см<sup>3</sup> (10 см<sup>3</sup> для детей) воздуха к назогастральному зонду и ввести воздух, одновременно выслушивая звуки в области эпигастрия при помощи стетоскопа (булькающие звуки).
- 4) Очистить наружные носовые ходы увлажненными физиологическим раствором марлевыми салфетками. Нанести вазелин на слизистую оболочку, соприкасающуюся с зондом (исключение - манипуляции, связанные с оксигенотерапией)
- 5) Каждые 4 ч выполнять уход за полостью рта: увлажнять полость рта и губы.
- 6) Каждые 3 ч (по назначению врача) промывать зонд 20-30 мл физиологического раствора. Для этого подсоединить шприц,

	<p>наполненный физиологическим раствором, к зонду, медленно и аккуратно ввести жидкость в зонд; аккуратно провести аспирацию жидкости, обратить внимание на ее внешний вид и вылить в отдельную емкость.</p> <p>III Окончание процедуры:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Снять пластырь и наклеить заново, если он отклеился или сильно загрязнен.</li> <li>2) Продезинфицировать и утилизировать использованные материалы. Обработать мембрану фонендоскопа дезинфектантом или антисептиком.</li> <li>3) Снять перчатки, поместить их в контейнер для дезинфекции</li> <li>4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</li> <li>5) Уточнить у пациента его самочувствие (если он в сознании).</li> <li>6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации</li> </ol>
<p>7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p>	<p>Промывание зонда нужно проводить с приподнятым головным концом</p>
<p>8 Достигаемые результаты и их оценка</p>	<p>Отсутствие видимых изменений (раздражений) со стороны слизистых оболочек носа.</p> <p>Проходимость зонда</p>

<p>9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p>	<p>Пациент или его родители/законные представители (для детей для 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре (если он в сознании). Информация, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели и ходе данной процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется</p>
<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации.</p> <p>Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения).</p> <p>Отсутствие осложнений.</p> <p>Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.</p> <p>Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии</p>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ врача - 0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 1,5</p>
<p>12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Отсутствует</p>

13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

## **12 Технология выполнения простой медицинской услуги "Уход за сосудистым катетером"**

Технология ухода за сосудистым катетером входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.12.001.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 9.

Таблица 9 - ТПМУМСУ "Уход за сосудистым катетером"

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>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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>До проведения процедуры надеть медицинскую шапочку и маску.</p> <p>Использовать перчатки во время процедуры</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Амбулаторно-поликлинические.</p> <p>Стационарные</p>

<p>4 Функциональное назначение простой медицинской услуги</p>	<p>Диагностика заболеваний. Лечение заболеваний. Профилактика 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>Столик манипуляционный. Лоток. Стерильный пинцет. Одноразовый шприц объемом 10 см<sup>3</sup> (10 мл). Одноразовые стерильные заглушки (по количеству просветов катетера). Непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Отсутствуют</p>

## 5.5 Лекарственные средства

Гепаринизированный раствор (0,01 мл гепарина на 1 мл физиологического раствора - т.е. 50 ЕД/1 мл) в объеме, равном внутреннему объему внутривенного катетера. Раствор натрия хлорида 0,9%-ный 5,0-10,0 мл.

Спиртосодержащий антисептик для обработки кожи пациента и всех частей (соединений) катетера, включая канюлю ЦВК (ПВК) и сам катетер.

Раствор хлоргексидина 0,5-2%-ный в 70%-ном этиловом или изопропиловом спирте для обработки кожи пациента вокруг сосудистого катетера.

Раствор повидон-йодина 10%-ный в 70%-ном этиловом или изопропиловом спирте при наличии противопоказаний к применению раствора хлоргексидина

## 5.6 Прочий расходный материал

Антисептик для обработки рук.

Стерильные марлевые тампоны.

Стерильные марлевые салфетки/самоклеющаяся стерильная повязка.

Стерильная пленка.

Стерильная прозрачная повязка или стерильная прозрачная повязка, содержащая хлоргексидин.

Пластырь.

Стерильные перчатки.

Маска.

Медицинская шапочка

<p>6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p>	
<p>6.1 Алгоритм ухода за сосудистым катетером (центральным) - смена повязки</p>	<p>1 Подготовка к процедуре:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.</li> <li>2) Надеть маску и медицинскую шапочку.</li> <li>3) Подготовить и доставить в палату манипуляционный столик, с размещенным на нем необходимым оснащением и поместить его вблизи от места проведения манипуляции.</li> <li>4) Предложить пациенту занять или помочь ему занять удобное положение: лежа на спине, без подушек, голову отвернуть в противоположную сторону.</li> <li>5) Освободить от одежды место установки катетера.</li> <li>6) Обработать руки гигиеническим способом.</li> <li>7) Обработать руки антисептиком. Не сушить, дожидаться полного высыхания антисептика.</li> <li>8) Надеть стерильные перчатки.</li> </ol>

## II Выполнение процедуры:

1) Осмотреть место входа катетера в кожу сквозь неповрежденную повязку для выявления признаков воспаления - припухлость, болезненность.

Примечание - При наличии признаков воспаления организовать вызов врача.

2) Снять повязку, заворачивая ее параллельно коже (не тянуть вверх), медленно и желательнее по росту волос, для профилактики возникновения повреждений кожи вокруг места входа катетера в кожу. Положить снятую повязку в непромокаемый пакет/контейнер.

3) Снять использованные перчатки и положить в непромокаемый пакет/контейнер.

Недопустимо обрабатывать перчатки антисептиком. Это нарушит их барьерные свойства.

4) Надеть стерильные перчатки.

5) Визуально убедиться, что катетер не смещен (по метке).

6) Обработать кожу вокруг катетера кожным антисептиком: стерильным марлевым шариком с помощью стерильного пинцета от центра к периферии.

7) Обработать все части (соединения), включая канюлю, и сам катетер антисептиком: стерильным марлевым шариком.

8) Положить на кожу вокруг катетера стерильную пленку.

9) Дождаться полного высыхания

антисептика.

10) Наложить стерильную повязку и зафиксировать ее бактерицидным пластырем/стерильным пластырем или самоклеющейся стерильной повязкой.

Примечание - При использовании стерильной специальной прозрачной повязки наложить ее так, чтобы место входа катетера в кожу было в центре прозрачного окна (для обеспечения визуального контроля места входа катетера в кожу). Дополнительно закрепить линии катетера (при необходимости).

III Завершение процедуры:

1) Снять использованные перчатки, положить их в непромокаемый пакет/контейнер.

2) Использованный материал утилизировать в отходы класса Б.

3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

4) Уточнить у пациента его самочувствие.

5) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.

6.2 Алгоритм выполнения ухода за  
сосудистым катетером  
(центральный/периферическим) -  
промывание катетера

I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 2) Надеть маску и медицинскую шапочку.
- 3) Подготовить и доставить в палату манипуляционный столик, с размещенным на нем необходимым оснащением и поместить его вблизи от места проведения манипуляции.
- 4) Предложить пациенту занять или помочь ему занять удобное положение: лежа на спине, без подушек, голову отвернуть в противоположную сторону.
- 5) Освободить от одежды место установки катетера.
- 6) Обработать руки гигиеническим способом.
- 7) Обработать руки антисептиком. Не сушить, дожидаться полного высыхания антисептика.
- 8) Надеть стерильные перчатки.
- 9) Набрать в шприц объемом 10 см<sup>3</sup> 5 мл раствора натрия хлорида 0,9%-ного.

В случае постановки "гепаринового замка" при ЦВК дополнительно подготовить шприц объемом 10 см<sup>3</sup> с гепаринизированным раствором (0,01 мл гепарина на 1 мл раствора натрия хлорида 0,9%-ного, т.е. 50 ЕД/1 мл) в объеме, равном внутреннему объему внутривенного катетера.

В педиатрии расчет дозы гепаринизированного раствора индивидуален.

При ПВК "гепариновый замок" без назначения врача не рекомендуется.

## II Выполнение процедуры:

1) Закрывать линии ЦВК специальными зажимами, которые входят в комплект катетера.

Если зажима нет, попросить пациента сделать выдох, задержать дыхание.

Заглушки для ЦВК и ПВК стерильные и одноразовые. При закрытии катетера использовать новую стерильную заглушку.

2) Обработать разъем катетера стерильной салфеткой, смоченной в антисептике - 15 вращательных движений.

3) Если ранее в катетер был введен "гепариновый замок", то необходимо вытянуть его, присоединив шприц объемом 10 см<sup>3</sup> с раствором натрия хлорида 0,9%-ным (5 мл) и потянув его на себя.

4) Для того чтобы убедиться, что проходимость катетера не нарушена, присоединить новый шприц объемом 10 см<sup>3</sup> с раствором натрия хлорида 0,9%-ным (5 мл), открыть зажим и потянуть легко поршень на себя (появилась кровь), ввести содержимое шприца, закрыть зажим. В случае затруднения прохождения раствора при нажатии на поршень организовать вызов врача.

5) Для постановки "гепаринового замка" соединить шприц объемом 10 см<sup>3</sup> с гепаринизированным раствором с катетером, снять зажим и ввести гепаринизированный раствор в объеме, равном внутреннему

объему просвета катетера (не более), закрыть зажим. Данный объем необходимо уточнить заблаговременно (объем каждого из просветов указан на упаковке ЦВК).

6) Обработать разъем катетера стерильной салфеткой, смоченной в антисептике - 15 вращательных движений.

7) Закрывать просвет катетера новой стерильной заглушкой, не прикасаясь к внутренней части заглушки и коннектора катетера.

### III Завершение процедуры:

1) Снять использованные перчатки и положить в непромокаемый пакет/контейнер.

2) Доставить использованный материал в процедурный кабинет для дальнейшей дезинфекции и утилизации отходов класса Б.

3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

4) Уточнить у пациента его самочувствие.

5) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.

6.3 Алгоритм ухода за сосудистым катетером (периферическим) - смена повязки

I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового, уточнить дальнейшие действия у врача.
- 2) Надеть маску и медицинскую шапочку.
- 3) Подготовить и доставить в палату манипуляционный столик, с размещенным на нем необходимым оснащением и поместить его вблизи от места проведения манипуляции.
- 4) Предложить пациенту занять или помочь ему занять удобное положение для получения оптимального доступа к месту установки периферического венозного катетера.
- 5) Освободить от одежды место установки катетера.
- 6) Обработать руки гигиеническим способом.
- 7) Обработать руки антисептиком. Не сушить, дожидаться полного высыхания антисептика.
- 8) Надеть стерильные перчатки.

## II Выполнение процедуры:

1) Осмотреть место входа катетера в кожу сквозь неповрежденную повязку на предмет выявления признаков воспаления - припухлость, болезненность.

Примечание - При наличии признаков воспаления организовать вызов врача.

2) Снять повязку, заворачивая ее параллельно коже (не тянуть вверх), медленно и желательнее, по росту волос, для профилактики возникновения повреждений кожи вокруг места входа катетера в кожу. Положить снятую повязку в непромокаемый пакет/контейнер.

3) Снять использованные перчатки и положить в непромокаемый пакет/контейнер. Недопустимо обрабатывать перчатки антисептиком. Это нарушит их барьерные свойства.

4) Надеть стерильные перчатки.

5) Визуально убедиться, что катетер не смещен.

6) Обработать кожу вокруг катетера кожным антисептиком: стерильным марлевым шариком, с помощью стерильного пинцета от центра к периферии.

7) Обработать все части (соединения), включая канюлю, и сам катетер антисептиком: стерильным марлевым шариком.

8) Дождаться полного высыхания антисептика.

9) Наложить стерильную повязку и зафиксировать ее бактерицидным

пластырем/стерильным пластырем или самоклеющейся стерильной повязкой.

При использовании стерильной специальной прозрачной повязки наложить ее таким образом, чтобы место входа катетера в кожу было в центре прозрачного окна (для обеспечения визуального контроля места входа катетера в кожу). Дополнительно закрепить линии катетера (при необходимости).

### III Завершение процедуры:

1) Снять использованные перчатки, положить их в непромокаемый пакет/контейнер.

2) Использованный материал утилизировать в отходы класса Б.

3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

4) Уточнить у пациента его самочувствие.

5) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации

7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики

При проведении процедуры с катетером, находящимся в периферической вене, пациент может сидеть или лежать на спине, рука, в вене которой находится катетер расположена вдоль туловища: если катетер расположен в кубитальной или в вене предплечья - ладонью вверх, если в венах кисти - ладонью вниз. Снятие заглушки не связано с фазой дыхания. При проведении процедуры с катетером, находящимся в бедренной вене, ножной конец кровати опущен на 25°. Снятие заглушки не связано с фазой дыхания.

При смене повязки у пациентов с чувствительной кожей рекомендуется нанести стерильное барьерное средство для защиты кожи вокруг места установки сосудистого катетера и дождаться полного его высыхания.

Выбор повязки необходимо осуществлять с учетом индивидуальных особенностей пациента. Если возраст пациента старше двух месяцев и существуют предрасполагающие к развитию инфекции факторы (длительность стояния ЦВК свыше трех суток; сниженный иммунный статус (онкологические пациенты и т.д.); повышенный риск колонизации катетера), то рекомендуется выбирать прозрачную полиуретановую повязку, содержащую гелевую подушечку с хлоргексидином.

Для прочих случаев оптимальным выбором является обычная прозрачная полиуретановая повязка.

Если наблюдается кровоточивость вокруг места входа катетера в

первые сутки после его введения, допустимо использование нетканой повязки с впитывающей подушечкой, которая подлежит замене на прозрачную через 24 ч.

Замена прозрачных полиуретановых повязок на ЦВК производится каждые 5-7 сут (при условии, что фиксация не нарушена, нет выделений, сохранен обзор).

Замена прозрачных полиуретановых повязок на ПВК производится каждые 3-4 сут (при условии, что фиксация не нарушена, нет выделений, сохранен обзор).

При ЦВК постановка "гепаринового замка" катетера проводится 1 раз в сутки (утро/вечер) и при условии отсутствия инфузии в течение дня. При наличии инфузии в течение дня или нескольких введений лекарственных средств, до и после взятия крови используется 5-10 мл раствора натрия хлорида 0,9%-ного без "гепаринового замка".

Промывать ПВК необходимо до и после введения лекарственных средств, в случае если ПВК не используется 2 раза в сутки (утро/вечер).

Визуальный осмотр места установки сосудистого катетера проводить не реже 1 раза в сутки

8 Достигаемые результаты и их оценка

Катетер промыт, при необходимости поставлен "гепариновый замок", проходимость повязка заменена, раздражения воспаления под повязкой не наблюдается

<p>9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p>	<p>Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему врачом, медсестрой, фельдшером или акушеркой, включает сведения о цели данного действия.</p> <p>Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на уход за сосудистым катетером не требуется, так как данное действие не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента</p>
<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации.</p> <p>Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения).</p> <p>Отсутствие осложнений.</p> <p>Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.</p> <p>Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии</p>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ врача - 0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 2,0</p>
<p>12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Отсутствует</p>

13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют
---	-------------

## **13 Технология выполнения простой медицинской услуги "Пособие при гастростомах"**

Технология пособия при гастростомах входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.16.001.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 10.

Таблица 10 - ТПМУМСУ "Пособие при гастростомах"

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", "Сестринское дело"</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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>Использование перчаток во время процедуры</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Стационарные.</p> <p>Амбулаторно-поликлинические</p>
<p>4 Функциональное назначение простой медицинской услуги</p>	<p>Лечение заболеваний.</p> <p>Профилактика заболеваний</p>
<p>5 Материальные ресурсы</p>	

<p>5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения</p>	<p>Функциональная кровать. Зонд желудочный стерильный. Зажим для зонда. Шприц Жанэ</p>
<p>5.2 Реактивы</p>	<p>Отсутствуют</p>
<p>5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты</p>	<p>Отсутствуют</p>
<p>5.4 Продукты крови</p>	<p>Отсутствуют</p>
<p>5.5 Лекарственные средства</p>	<p>Лекарственные препараты/питательная смесь по назначению врача. Барьерное средство для защиты кожи (например, паста Лассара)</p>
<p>5.6 Прочий расходный материал</p>	<p>Нестерильные перчатки. Пластырь. Салфетки. Мешок для сбора белья. Мешок для сбора отработанного материала. Емкость с теплой водой. Воронка</p>
<p>6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p>	

6.1 Алгоритм гастростоме	пособия при	I Подготовка к процедуре:  1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.  2) Помочь пациенту занять высокое положение.  3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  4) Подготовить необходимое оборудование и оснащение, питательную смесь. Смесь должна быть подогрета до 38°С-40°С.  5) Надеть нестерильные перчатки.
-----------------------------	----------------	---

## II Выполнение процедуры:

1) Снять повязку и поместить в пакет или мешок для использованного материала.

2) Положить полотенце под наружную часть гастростомической трубки на эпигастральную область.

3) Провести визуальный осмотр наружной части гастростомической трубки и окружающей гастростомы кожи.

4) Присоединить шприц Жане к гастростомической трубке, снять зажим.

5) Проводить вливание смеси в назначенном режиме. После вливания питательной смеси или растворов, промыть трубку 30,0-50,0 мл кипяченой водой.

6) Закрывать зажимом гастростомическую трубку и отсоединить шприц.

7) Вымыть кожу пациента с мылом вокруг гастростомы, насухо промокнуть ее салфеткой.

8) Обработать перчатки антисептическим средством.

9) Проверить состояние кожи, ее цвет в области стомы и саму гастростому на предмет выявления отека вокруг трубки или появления свища и других изменений.

10) Наложить слой мази, пасты или защитного геля для кожи по назначению врача.

11) Наложить стерильную салфетку или одноразовую запатентованную липкую повязку-наклейку вокруг гастростомической трубки.

12) Прижать вокруг гастростомы повязку-наклейку, не допуская образования складок, через которые будут просачиваться выделения (желудочный сок) из гастростомы.

13) Аккуратно закрепить пластырем к коже пациента поверх повязки наружную часть гастростомической трубки.

### III Окончание процедуры:

1) Поместить использованный перевязочный материал в емкость для дезинфекции. Утилизировать.

2) Убрать полотенце и поместить его в мешок для использованного белья.

3) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.

4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

5) Уточнить у пациента его самочувствие.

6) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации

7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики

При сформировавшейся гастростоме возможно научить родственников и самого пациента самообслуживанию

8 Достигаемые результаты и их оценка

Оценить степень участия пациента в удовлетворении функции питания и ухода за гастростомой. Кожа вокруг стомы без видимых изменений

<p>9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p>	<p>Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре (если он в сознании). Информация, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели и ходе данной процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется</p>
<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации.</p> <p>Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения). Отсутствие осложнений.</p> <p>Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.</p> <p>Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии</p>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ врача - 0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 1,5</p>
<p>12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Отсутствует</p>

13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют
---	-------------

## **14 Технология выполнения простой медицинской услуги "Уход за назогастральным зондом"**

Технология ухода за назогастральным зондом входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.16.002.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 11.

Таблица 11 - ТПМУМСУ "Уход за назогастральным зондом"

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", "Сестринское дело", "Акушерское дело". Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: "Лечебное дело", "Педиатрия", направление подготовки "Сестринское дело (бакалавр)".</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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>Использование перчаток во время процедуры</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Амбулаторно-поликлинические. Стационарные</p>

<p>4 Функциональное назначение простой медицинской услуги</p>	<p>Лечение заболеваний. Профилактика 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>Шприц на 30 или 60 мл (шприц Жанэ). Фонендоскоп. Лоток. Зажим. Зонд назогастральный</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Физиологический раствор или специальный раствор для промывания емкостью 500 или 1000 мл. Вазелин</p> <p>Нестерильные перчатки. Стерильные марлевые салфетки. Пластырь. Емкость для промывания</p>

6	Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги
---	---

--

6.1 Алгоритм ухода  
назогастральным зондом

за I Подготовка к процедуре:

1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры (если пациент в сознании). Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру (если пациент в сознании). В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

3) Надеть перчатки.

II Выполнение процедуры:

1) Осмотреть место введения зонда на предмет признаков раздражения или сдавления.

2) Проверить месторасположение зонда: попросить пациента открыть рот, чтобы увидеть зонд в глотке.

3) Подсоединить шприц с 10-20 см<sup>3</sup> (10 см<sup>3</sup> для детей) воздуха к назогастральному зонду и ввести воздух, одновременно выслушивая звуки в области эпигастрия при помощи стетоскопа (булькающие звуки).

4) Очистить наружные носовые ходы увлажненными физиологическим раствором марлевыми салфетками. Нанести вазелин на слизистую оболочку, соприкасающуюся с зондом (исключение - манипуляции, связанные с оксигенотерапией).

5) Каждые 4 ч выполнять уход за полостью рта: увлажнять полость рта и губы.

6) Каждые 3 ч (по назначению врача)

промыть зонд 20-30 мл физиологического раствора. Для этого подсоединить шприц, наполненный физиологическим раствором, к зонду, медленно и аккуратно ввести жидкость в зонд; аккуратно провести аспирацию жидкости, обратить внимание на ее внешний вид и вылить в отдельную емкость.

III Окончание процедуры:

1) Снять пластырь и наклеить заново, если он отклеился или сильно загрязнен.

2) Проздезинфицировать и утилизировать использованные материалы. Обработать мембрану фонендоскопа дезинфектантом или антисептиком.

3) Снять перчатки, поместить их в контейнер для дезинфекции.

4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

5) Уточнить у пациента самочувствие (если пациент в сознании).

6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации

7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики

Отсутствуют

<p>8 Достижимые результаты и их оценка</p>	<p>Отсутствие видимых изменений (раздражений) со стороны слизистых оболочек носа.</p> <p>При кормлении пища свободно проходит по зонду.</p> <p>Пациент не испытывает дискомфорт.</p> <p>Зонд фиксирован.</p> <p>Свободный конец зонда изолирован от внешней среды</p>
<p>9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p>	<p>Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре (если он в сознании). Информация, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели данной процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется</p>

<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации.</p> <p>Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения).</p> <p>Отсутствие осложнений.</p> <p>Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.</p> <p>Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии</p>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ врача - 0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 1,5</p>
<p>12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Отсутствует</p>
<p>13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p>	<p>Отсутствуют</p>

## 15 Технология выполнения простой медицинской услуги "Пособие при илеостоме"

Технология пособия при илеостоме входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.17.001.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 12.

Таблица 12 - ТПМУМСУ "Пособие при илеостоме"

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 учебного учреждения по специальностям: "Лечебное дело", "Сестринское дело".</p> <p>Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: "Лечебное дело", "Педиатрия", направление подготовки "Сестринское дело (бакалавр)".</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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>Использование перчаток во время процедуры</p>

3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Стационарные. Амбулаторно-поликлинические
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний. Профилактика заболеваний
5 Материальные ресурсы	
5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Калоприемник
5.2 Реактивы	Отсутствуют
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4 Продукты крови	Отсутствуют
5.5 Лекарственные средства	Спирт этиловый 70%-ный. Гель для кожи. Барьерное средство для защиты кожи (например, салицилово-цинковая паста, паста Стомагезив)

<p>5.6 Прочий расходный материал</p>	<p>Стерильные марлевые салфетки (ватные шарики).</p> <p>Салфетки.</p> <p>Полотенце или простыня.</p> <p>Одноразовые полиэтиленовые пакеты.</p> <p>Зажим для мешка.</p> <p>Емкость для воды.</p> <p>Пластырь.</p> <p>Перчатки нестерильные.</p> <p>Мешок для использованного белья.</p> <p>Ведро</p>
<p>6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p>	

## 6.1 Алгоритм пособия при илеостоме

### I Подготовка к процедуре:

1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

2) Помочь пациенту занять высокое положение Фаулера или попросить его встать, обернуть его простыней или пленкой ниже стомы для ограничения манипуляционного поля.

3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

4) Подготовить все необходимое.

5) Надеть нестерильные перчатки.

6) Приготовить чистый калоприемник: на бумаге, которая сверху покрывает нижнюю, прилипающую к коже сторону, начертить окружность диаметром на 2-3 мм шире, чем стома; на нее положить клеящее вещество или липкий двусторонний диск, соответствующий типу калоприемника.

7) Подготовить защитное приспособление для кожи, с отверстием строго соответствующим по диаметру отверстию стомы.

### II Выполнение процедуры:

1) Отсоединить и осторожно удалить старый калоприемник в полиэтиленовый пакет или ведро.

2) Вымыть кожу пациента водой с мягким (жидким) мылом, высушить марлевой салфеткой.

3) Проверить состояние кожи, ее цвет в области стомы и саму стому на предмет выявления отека или изъязвления.

4) Наложить окклюзионное защитное приспособление для кожи, если оно не применяется, обработать кожу защитным препаратом (например, паста Лассара, цинковая паста, стоматогезин). После его подсыхания повторите обработку.

5) Приложить и правильно центрировать чистый калоприемник прямо на кожу пациента или на адаптационное кольцо подальше от свежих разрезов в коже.

6) Прижать липучку вокруг стомы, не допуская образования складок, через которые будут просачиваться выделения из стомы.

7) Аккуратно расправить нижние края калоприемника, а на конце закрепите зажим.

### III Окончание процедуры:

1) При необходимости использовать гипоаллергенный липкий пластырь, чтобы прикрепить края калоприемника к кожному барьерному приспособлению. Присоединить пояс к кромке калоприемника

2) Поместить старый калоприемник в пакет, снять пленку, поместить ее в пакет.

3) Использованный материал и инструменты поместить в емкость для дезинфекции.

4) Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции.

5) Обработать руки гигиеническим

	<p>способом, осушить.</p> <p>б) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации</p>
<p>7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p>	<p>Калоприемник следует опорожнять по заполнению каловыми массами и газами на <math>\frac{1}{2}</math> или <math>\frac{1}{3}</math> объема, в противном случае может нарушиться герметичность стыка вокруг стомы</p>
<p>8 Достижимые результаты и их оценка</p>	<p>Пациент чувствует себя комфортно.</p> <p>Кожа вокруг стомы без видимых изменений</p>
<p>9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p>	<p>Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели и содержании данной процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется</p>

<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации.</p> <p>Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения).</p> <p>Отсутствие осложнений.</p> <p>Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.</p> <p>Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии</p>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ врача - 0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 1,0</p>
<p>12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Отсутствует</p>
<p>13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p>	<p>Отсутствуют</p>

## 16 Технология выполнения простой медицинской услуги "Пособие при стомах толстого кишечника"

Технология пособия при стомах толстого кишечника входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.18.001.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 13.

Таблица 13 - ТПМУМСУ "Пособие при стомах толстого кишечника"

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", "Сестринское дело".</p> <p>Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: "Лечебное дело", "Педиатрия", направление подготовки "Сестринское дело (бакалавр)"</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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>Использование перчаток во время процедуры</p>

3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Стационарные. Амбулаторно-поликлинические. Санаторно-курортные
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний. Профилактика заболеваний
5 Материальные ресурсы  5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения  5.2 Реактивы  5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты  5.4 Продукты крови  5.5 Лекарственные средства	Калоприемник.  Зонд кишечный N 18 (стерильный) для промывания стомы.  Ирригационный рукав для промывания стомы.  Штатив для внутривенного вливания.  Ирригационный контейнер  Отсутствуют  Отсутствуют  Отсутствуют  Антисептик для обработки поля вокруг стомы.  Вазелиновое масло.  Барьерное средство для защиты кожи (например, салицилово-цинковая паста, паста Стомагезив)

<p>5.6 Прочий расходный материал</p>	<p>Стерильные марлевые салфетки (ватные шарики).</p> <p>Салфетки.</p> <p>Очищающие салфетки (запатентованные для интимного применения или гигиенические).</p> <p>Пластиковые пакеты для использованных материалов и калоприемника, клеенчатый мешок для белья.</p> <p>Полотенце.</p> <p>Простыня.</p> <p>Дезодорант для мешка стомы.</p> <p>Туалетная бумага.</p> <p>Одноразовые полиэтиленовые пакеты.</p> <p>Трафарет и ножницы.</p> <p>Измеритель со стандартными отверстиями.</p> <p>Карандаш или ручка</p> <p>Зажим для мешка.</p> <p>Емкость для воды.</p> <p>Нестерильные перчатки.</p> <p>Стерильные перчатки.</p> <p>Ширма</p>
<p>6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p>	

## 6.1 Алгоритм пособия при стомах толстого кишечника

### I. Подготовка к процедуре:

1) Уточнить у лечащего врача вид оборудования и необходимость изменения плана ухода за стомой.

2) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

3) Обеспечить возможность для соблюдения конфиденциальности: поставить ширму, помочь пациенту занять положение лежа.

4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

5) Подготовить необходимое оснащение и оборудование.

6) Обернуть пациента простыней или пленкой ниже стомы для ограничения манипуляционного поля. Расположить зеркало нужным образом, чтобы создать видимость для пациента.

7) Приготовить чистый калоприемник: на верхней стороне бумаги, которая прилипает к коже, начертить окружность диаметром на 3-4 мм шире, чем стома (размер стомы 2,5-3,5 см).

8) Использовать специальный шаблон со стандартными отверстиями для подбора к размерам стомы. Наложить шаблон с вырезанным отверстием на защитное бумажное покрытие клеевого слоя калоприемника и, если оно не совпадает ни с одной из нанесенных линий, обвести карандашом или ручкой контур вырезанного

отверстия. Вырезать отверстие в клеевом слое по нанесенному контуру, следя за тем, чтобы не прорезать калоприемник насквозь. При этом удобно пользоваться зеркалом. При стоме неправильной формы отверстие можно моделировать ножницами (удобно применять ножницы тупоконечные вертикально-изогнутые для избежания повреждения мешка).

9) Надеть нестерильные перчатки.

## II Выполнение процедуры:

1) Отсоединить и осторожно удалить старый калоприемник (сам мешочек и кожный барьер), одноразовый мешок сбросить в полиэтиленовый пакет для мусора, оставить закрывающее устройство для повторного использования. При повторном использовании калоприемника опорожнить мешочек в судно, предварительно пережать нижнюю часть мешочка зажимом, и измерить объем масс. Обмыть зажим и вытереть его туалетной бумагой. Нанести дезодорирующее средство на нижнюю часть мешочка. Снять калоприемник, начиная с верхнего края.

2) Обработать перчатки антисептическим раствором.

3) Аккуратно очистить область стомы и кожи вокруг нее водой с мягким (жидким) мылом, высушить ее марлевой салфеткой.

4) Проверить состояние кожи, ее цвет в области стомы и саму стому на наличие отека или других изменений (мацерации).

5) Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции.

6) Обработать руки антисептиком и надеть новые перчатки.

7) Обработать кожу (при нарушении ее целостности) защитным препаратом (цинковая мазь, стомагезин, паста Лассара или другим средством, применяемым в учреждении).

8) Снять защитное бумажное покрытие с нанесенной разметкой и, не торопясь, совместить нижний край вырезанного отверстия с нижней границей стомы.

9) Приложить и правильно центрировать чистый калоприемник прямо на кожу пациента или на кольцо калоприемника (при использовании многоразового) подальше от свежих разрезов в коже.

10) Приклеить, начиная с нижнего края пластины, калоприемник к коже в течение 1-2 мин, прижимая рукой край отверстия, прилежащий к стоме, не допуская образования складок, через которые будут просачиваться выделения из стомы.

11) Аккуратно расправить нижние края калоприемника (при применении многоразового).

12) При использовании многоразового калоприемника прикрепить края калоприемника к кожному барьерному приспособлению пластырем. Присоединить пояс к кромке калоприемника.

### III Окончание процедуры:

1) Снять перчатки. Проздезинфицировать и утилизировать использованный материал.

2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

3) Уточнить у пациента его самочувствие.

4) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.

## 6.2 Алгоритм промывания колостомы

### I Подготовка процедуры:

1) Уточнить у лечащего врача вид оборудования и необходимость изменения плана ухода за стомой.

2) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

3) Обеспечить возможность для соблюдения конфиденциальности, если процедура проходит в положении лежа.

4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

5) Надеть нестерильные перчатки.

6) Налить в ирригационный контейнер 500-1000 мл теплой воды.

7) Повесить контейнер на штатив для внутривенных вливаний и заполнить систему водой.

8) Помочь пациенту сесть на стул (лицом к унитазу) или лечь набок на кровати и подложить судно.

9) Отсоединить и поместить использованный калоприемник в мешок.

10) Вымыть кожу в области колостомы, как при замене калоприемника.

11) Обработать перчатки антисептическим раствором.

### II Выполнение процедуры:

1) Наложить ирригационный рукав

поверх стомы.

2) Смазать вазелиновым маслом катетер.

3) Осторожно ввести катетер в стому на глубину 5-10 см.

4) Расположить нижний край рукава в унитаз или судно.

5) Включить систему и удерживать ирригационный конец.

6) Проводить вливание в течение 10-15 мин.

7) Задержать ток воды, если пациент почувствует схваткообразные боли или случится обратный заброс жидкости, закрыть систему и дать отдых.

8) Вытереть нижний край рукава туалетной бумагой и перекрыть или перегнуть его верхнюю часть, пока пациент сидит.

9) Промыть рукав водой, обсушить его конец и закрыть его.

10) Попросить пациента походить 35-40 мин.

11) Удалить рукав и катетер, поместить их в емкость для дезинфекции.

12) Обмыть кожу пациента вокруг стомы.

13) Закрепить новый калоприемник.

III Окончание процедуры:

1) Снять перчатки.  
Продезинфицировать и  
утилизировать использованный  
материал.

2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

3) Уточнить у пациента его самочувствие.

4) Сделать запись о результатах выполнения в медицинской документации.

### 6.3 Алгоритм бужирования стомы

#### I Подготовка процедуры:

1) Уточнить у лечащего врача вид оборудования и необходимость изменения плана ухода за стомой.

2) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

3) Обеспечить возможность для соблюдения конфиденциальности, если процедура проходит в положении лежа.

4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

5) Надеть стерильные перчатки.

#### II Выполнение процедуры:

1) Смазать указательный палец стерильным вазелиновым маслом.

2) Ввести осторожно палец в стому, повторяя движения: вперед и назад.

3) Обработать кожу вокруг стомы.

4) Закрепить новый калоприемник.

#### III Окончание процедуры:

1) Снять перчатки. Протезинфицировать и утилизировать использованный материал.

2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

3) Уточнить у пациента его самочувствие.

	4) Сделать запись о результатах выполнения в медицинской документации
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	<p>Целесообразно обучить пациента и его родственников уходу за стомой.</p> <p>Калоприемник следует опорожнять по заполнении каловыми массами и газами на <math>\frac{1}{2}</math> или <math>\frac{1}{3}</math> объема, в противном случае может нарушиться герметичность стыка вокруг стомы</p>
8 Достижимые результаты и их оценка	<p>Пациент способен и демонстрирует с точностью 100% самостоятельное выполнение манипуляции. Пациент в комфортном состоянии, кожа вокруг стомы без видимых изменений. Пациент чувствует себя комфортно</p>
9 Особенности добровольно 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 предстоящей манипуляции по уходу за стомой. Информация о выполнении манипуляции, сообщаемая ему врачом, или медсестрой, или фельдшером включает сведения о цели данной процедуры. Письменного согласия не требуется, так как процедура не является опасной для жизни.</p>

<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации.</p> <p>Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения).</p> <p>Отсутствие осложнений.</p> <p>Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.</p> <p>Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии</p>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 2,0</p>
<p>12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Отсутствует</p>
<p>13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p>	<p>Отсутствуют</p>

## 17 Технология выполнения простой медицинской услуги "Пособие при дефекации тяжелого больного"

Технология пособия при дефекации тяжелого больного входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.19.001.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 14.

Таблица 14 - ТПМУМСУ "Пособие при дефекации тяжелого больного"

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>Младшая медицинская сестра по уходу под контролем среднего медицинского работника указанных выше специальностей</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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>Использование перчаток во время процедуры</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Стационарные</p>

<p>4 Функциональное назначение простой медицинской услуги</p>	<p>Профилактика 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>Подкладное судно</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Клеенка. Туалетная бумага. Ширма. Емкость с водой. Мыло. Нестерильные перчатки</p>
<p>6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p> <p>Тяжелобольным, контролирующим физиологические отправления, при строгом постельном режиме для опорожнения кишечника в постель подают судно</p>	

## 6.1 Алгоритм выполнения процедуры

### I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 2) Отгородить пациента ширмой (при необходимости).
- 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 4) Надеть нестерильные перчатки.
- 5) Ополоснуть судно и оставить в нем немного теплой воды. Убедиться, что поверхность судна, соприкасающаяся с кожей, сухая.
- 6) Опустить изголовье кровати до горизонтального уровня.

## II Выполнение процедуры:

1) Подойти с помощником с разных сторон кровати: медицинская сестра помогает пациенту слегка повернуться на бок, лицом к себе, придерживая его рукой за плечи и таз, или приподнимает таз пациента (в зависимости от состояния пациента), помощник (вторая медсестра/младший медицинский персонал/родственник пациента) - подкладывает и расправляет клеенку под ягодицами пациента.

2) Под ягодицы пациента подвести судно и помочь ему повернуться на спину так, чтобы его промежность оказалась на судне.

3) Поднять изголовье кровати так, чтобы пациент оказался в полусидящем положении (положение Фаулера), так как в положении "на спине" многие испытывают трудности при физиологических отправлениях.

4) Снять перчатки, положить их в емкость для дезинфекции.

5) Каждые пять минут проверять, все ли в порядке у пациента.

6) После окончания дефекации надеть новые перчатки.

7) Опустить изголовье кровати.

8) Медицинская сестра помогает пациенту слегка повернуться на бок, лицом к себе, придерживая его рукой за плечи и таз, или приподнимает таз пациента (в зависимости от состояния пациента), помощник (вторая медсестра/младший медицинский персонал/родственник пациента) убирает судно, вытирает область анального отверстия туалетной бумагой (если пациент не может сделать самостоятельно).

	<p>9) Помощник ставит чистое судно, помогает пациенту повернуться на спину так, чтобы промежность его оказалась на судне. Подмыть пациента и тщательно осушить промежность.</p> <p>10) Убрать судно и клеенку.</p> <p>III Окончание процедуры:</p> <p>1) Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции. Продезинфицировать и утилизировать использованный материал.</p> <p>2) Обеспечить пациенту возможность вымыть руки или протереть их антисептическим раствором.</p> <p>3) Укрыть пациента одеялом, придать ему удобное положение.</p> <p>4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>5) Уточнить у пациента его самочувствие.</p> <p>6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации</p>
<p>7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p>	<p>Помощь пациенту в использовании судна должны оказывать два медицинских работника или прибегнуть к помощи помощника из числа младшего медицинского персонала или родственника пациента</p>
<p>8 Достижимые результаты и их оценка</p>	<p>Пациент чувствует себя комфортно</p>

<p>9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p>	<p>Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели и содержании данной процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется</p>
<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации.</p> <p>Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения).</p> <p>Отсутствие осложнений.</p> <p>Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.</p> <p>Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии</p>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ врача - 0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 2,0</p>

12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствует
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

## **18 Технология выполнения простой медицинской услуги "Постановка очистительной клизмы"**

Технология постановки очистительной клизмы входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.19.002.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 15.

Таблица 15 - ТПМУМСУ "Постановка очистительной клизмы"

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>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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 необходимо вымыть руки</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Стационарные.</p> <p>Амбулаторно-поликлинические</p>
<p>4 Функциональное назначение простой медицинской услуги</p>	<p>Лечение заболеваний.</p> <p>Профилактика заболеваний.</p> <p>Диагностика заболеваний</p>
<p>5 Материальные ресурсы</p>	

<p>5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения</p>	<p>Кружка Эсмарха. Соединительная трубка. Зажим. Ректальный наконечник стерильный. Водный термометр. Судно (при необходимости)</p>
<p>5.2 Реактивы</p>	<p>Отсутствуют</p>
<p>5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты</p>	<p>Отсутствуют</p>
<p>5.4 Продукты крови</p>	<p>Отсутствуют</p>
<p>5.5 Лекарственные средства</p>	<p>Вазелин</p>
<p>5.6 Прочий расходный материал</p>	<p>Перчатки нестерильные. Фартук клеенчатый. Клеенка. Штатив. Таз. Пеленка. Емкость для утилизации и дезинфекции. Шпатель. Ширма (при необходимости)</p>
<p>6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p>	

|

||

|

<p>6.1 Алгоритм постановки очистительной клизмы</p>	<p>постановки</p>	<p>I Подготовка к процедуре:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.</li><li>2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</li><li>3) Надеть фартук и перчатки.</li><li>4) Собрать систему, подсоединить к ней наконечник, закрыть систему зажимом.</li><li>5) Налить в кружку Эсмарха рекомендуемый объем воды определенной температуры.</li><li>6) Заполнить систему водой.</li><li>7) Подвесить кружку Эсмарха на подставку высотой 75-100 см, открыть вентиль, слить немного воды через наконечник, вентиль закрыть.</li><li>8) Смазать наконечник вазелином.</li></ol> <p>II Выполнение процедуры:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Уложить пациента на левый бок на кушетку, покрытую клеенкой, свисающей в таз. Ноги пациента должны быть согнуты в коленях и слегка подведены к животу.</li><li>2) Выпустить воздух из системы.</li><li>3) Развести одной рукой ягодицы пациента.</li><li>4) Ввести другой рукой наконечник в прямую кишку, проводя первые 3-4 см по направлению к пупку.</li></ol>
---	-------------------	--

5) Открыть вентиль (зажим) и отрегулировать поступление жидкости в кишечник.

6) Попросить пациента расслабиться и медленно подышать животом.

7) Закрыть вентиль после введения жидкости и осторожно извлечь наконечник.

III Окончание процедуры:

1) Предложить пациенту задержать воду в кишечнике на 5-10 мин.

2) Проводить пациента в туалетную комнату.

3) Разобрать систему, наконечник, кружку Эсмарха и клеенку подвергнуть дезинфекции.

4) При необходимости подмыть пациента.

5) Снять перчатки, опустить их в емкость для дезинфекции.

6) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

7) Уточнить у пациента его самочувствие.

8) Сделать соответствующую запись о результатах процедуры в медицинской документации

<p>7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p>	<p>Процедура проводится в отдельном помещении (клизменной). Если процедура проводится в палате, то необходимо оградить пациента ширмой и обеспечить ему условия комфорта.</p> <p>Глубина введения наконечника в прямую кишку зависит от возраста и варьирует от 2-3 см новорожденному до 10-12 см взрослому.</p> <p>Объем жидкости для единовременного введения также зависит от возраста и варьирует от 100 мл новорожденному до 1200-1500 мл взрослому.</p> <p>При жалобе пациента на боль спастического характера нужно прекратить процедуру, пока боль не утихнет.</p> <p>Температура воды для постановки клизмы:  при атонических запорах - 16°C-20°C  при спастических запорах - 37°C-38°C  в остальных случаях - 23°C-25°C</p>
<p>8 Достигаемые результаты и их оценка</p>	<p>У пациента происходит освобождение нижнего отдела толстого кишечника от каловых масс</p>

<p>9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p>	<p>Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели и содержании данной процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется</p>
<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Удовлетворительное состояние пациента</p>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ врача - 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 1,5</p>
<p>12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Отсутствует</p>
<p>13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p>	<p>Отсутствуют</p>

## 19 Технология выполнения простой медицинской услуги "Удаление копролита"

Технология удаления копролита входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.19.004.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 16.

Таблица 16 - ТПМУМСУ "Удаление копролита"

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>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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>Использование перчаток во время процедуры</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Амбулаторно-поликлинические.</p> <p>Стационарные.</p> <p>Санаторно-курортные</p>
<p>4 Функциональное назначение простой медицинской услуги</p>	<p>Лечение заболеваний.</p> <p>Профилактика 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>Подкладное судно</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Глицерин или другое средство для смазки, растворимое в воде</p> <p>Перчатки нестерильные.</p> <p>Ширма.</p> <p>Клеенка.</p> <p>Пеленка.</p> <p>Емкость с теплой водой.</p> <p>Салфетки.</p> <p>Полотенце.</p> <p>Простыня</p>
<p>6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги:</p>	

## 6.1 Алгоритм выполнения удаления копролита

### I Подготовка к процедуре:

1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача. Предупредить, что проведение процедуры может вызвать определенный дискомфорт. Отгородить пациента ширмой.

2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

3) Помочь занять удобное положение на боку (как ему удобно) с согнутыми коленями.

4) Укрыть пациента таким образом, чтобы были открыты только ягодицы.

5) Положить пеленку под ягодицы, а подкладное судно - рядом на кровать.

6) Надеть перчатки: одну на вспомогательную руку, две - на рабочую руку.

7) Густо смазать два пальца рабочей руки в перчатке.

### II Выполнение процедуры:

1) Аккуратно развести в стороны ягодицы пациента при помощи вспомогательной руки.

2) Попросить пациента медленно и глубоко дышать через рот.

3) Ввести указательный палец в прямую кишку (по направлению к пупку) до тех пор, пока не прощупаются фекальные массы.

4) Аккуратно извлечь затвердевший стул, разделив его на фрагменты, до полного удаления копролита; по мере удаления помещать копролит в подкладное судно.

5) По мере удаления копролита необходимо следить за реакцией пациента; при подозрении на возникновение отрицательных реакций или неестественного дискомфорта процедуру удаления копролита прекратить.

### III Окончание процедуры:

1) Извлечь палец, снять верхние перчатки, вытереть излишки смазки из области промежности салфеткой, затем отпустить ягодичы, укрыть пациента простыней.

2) Опорожнить подкладное судно, поместить перчатки в емкость для дезинфекции. Вымыть руки с использованием мыла или антисептика.

3) Надеть новую пару перчаток.

4) Подмыть пациента.

5) Помочь пациенту удобно лечь.

6) Положить подкладное судно в пределах досягаемости.

7) Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции.

8) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

9) Уточнить у пациента его самочувствие.

10) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации

<p>7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p>	<p>Перед началом проведения процедуры необходимо измерить артериальное давление, частоту и ритм пульса.</p> <p>Для удаления копролита у маленьких детей необходимо использовать мизинец рабочей руки</p>
<p>8 Достижимые результаты и их оценка</p>	<p>У пациента восстанавливается нормальный режим опорожнения кишечника в течение 24 ч.</p> <p>Пациент говорит об облегчении боли в течение 1 ч</p>
<p>9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p>	<p>Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящем исследовании. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели и содержании данного исследования. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента</p>

<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии.</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> <p>Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии</p>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ врача - 6,0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 9,0</p>
<p>12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Отсутствует</p>
<p>13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p>	<p>Отсутствуют</p>

## 20 Технология выполнения простой медицинской услуги "Спринцевание влагалища"

Технология спринцевания влагалища входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.20.001.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 17.

Таблица 17 - ТПМУМСУ "Спринцевание влагалища"

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", направление подготовки "Сестринское дело (бакалавр)"</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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>Использование перчаток во время процедуры</p>

3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические. Стационарные. Санаторно-курортные
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение
5 Материальные ресурсы  5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения        5.2 Реактивы  5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты  5.4 Продукты крови  5.5 Лекарственные средства	Кресло гинекологическое.  Корнцанг.  Пинцет.  Штатив для подвешивания кружки Эсмарха.  Кружка Эсмарха.  Стерильный влагалищный наконечник  Отсутствуют  Отсутствуют  Отсутствуют  Антисептический раствор по назначению врача для спринцевания

5.6 Прочий расходный материал	Нестерильные перчатки. Стерильные ватные шарики. Стерильные подкладные пеленки. Емкость для воды. Клеенка
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	

6.1 Алгоритм  
влагиалища

спринцевания

I Подготовка к процедуре:

1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

3) В кружку Эсмарха налить назначенный раствор в количестве 1,5-2 л, подогретый до 35°C-37°C (или 38°C-39°C по назначению врача).

4) Присоединить к трубке стерильный влагиалищный наконечник.

5) Заполнить систему и перекрыть его зажимом (краном).

6) Повесить кружку на штатив высотой 70-100 см над поверхностью гинекологического кресла.

7) Надеть одноразовые (нестерильные) перчатки.

II Выполнение процедуры:

1) Положить на кресло клеенку, пеленку.

2) Помочь расположиться пациентке в гинекологическом кресле.

3) Подставить емкость для сбора воды на подставку гинекологического кресла.

4) Одной рукой взять наконечник, другой рукой снять зажим с кружки Эсмарха и обмыть наружные половые органы раствором при

помощи стерильного шарика, зажатого в корнцанг.

5) Перекрыть поступление воды с помощью зажима (крана).

6)левой рукой развести половые губы.

7) Ввести наконечник во влагалище до свода.

8) Снять зажим (открыть кран). Предоставить раствору возможность свободно вытекать из кружки через наконечник во влагалище и свободно вытекать в подставленную емкость для воды.

### III Окончание процедуры:

1) Извлечь наконечник по окончании процедуры и поместить его в емкость для дезинфекции.

2) Осушить преддверие влагалища сухим ватным шариком.

3) Выдать пациентке стерильную подкладную пеленку для адсорбции выделяющейся влаги.

4) Утилизировать расходный материал, предварительно его продезинфицировав.

5) Снять и поместить перчатки в емкость для дезинфекции.

6) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

7) Уточнить у пациентки ее самочувствие.

8) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации

<p>7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p>	<p>В случае выполнения спринцевания раствором температурой 38°C-39°C по окончании процедуры наружные половые органы следует смазать вазелином.</p> <p>При использовании лекарственных растворов попросить пациентку в течение 15-20 мин сохранять горизонтальное положение.</p> <p>Спринцевание влагалища противопоказано во второй половине беременности, в раннем послеродовом периоде при травмах половых органов; с осторожностью (под малым давлением) проводится в послеоперационном периоде, после гинекологических операций</p>
<p>8 Достигаемые результаты и их оценка</p>	<p>Путем механического промывания достигается очищение влагалища; местное воздействие лекарственных веществ на слизистую оболочку влагалища используется в терапевтических целях</p>
<p>9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p>	<p>Пациентка или ее родители/законные представители (для детей до 15 лет) информируется о ходе процедуры, ощущениях во время процедуры, ожидаемом терапевтическом эффекте. Медицинский работник должен информировать пациентку о том, что при спринцевании влагалища происходит механическое вымывание палочки молочнокислого брожения, что в некоторой степени изменяет нормальную микрофлору влагалища.</p> <p>Письменного информированного согласия на проведение процедуры не требуется</p>

<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии.</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> <p>Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии</p>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 1,5</p>
<p>12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Отсутствует</p>
<p>13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p>	<p>Отсутствуют</p>

## 21 Технология выполнения простой медицинской услуги "Пособие при мочеиспускании тяжелого больного"

Технология пособия при мочеиспускании тяжелого больного входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.28.001.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 18.

Таблица 18 - ТПМУМСУ "Пособие при мочеиспускании тяжелого больного"

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>Младшая медицинская сестра по уходу в сопровождении среднего медицинского работника указанных выше специальностей</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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>Использование перчаток во время процедуры</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Стационарные.</p> <p>Амбулаторно-поликлинические</p>

4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Профилактика заболеваний
<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>Подкладное судно (для женщин) или мочеприемник (для мужчин)</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Нестерильные перчатки. Лоток. Ширма. Клеенка. Чистые салфетки. Емкость с теплой водой</p>
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	

## 6.1 Алгоритм выполнения простой медицинской услуги

### I Подготовка к процедуре:

1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

2) Отгородить пациента ширмой (при необходимости).

3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить, надеть перчатки.

4) Ополоснуть судно и оставить в нем немного теплой воды. Убедиться, что поверхность судна, соприкасающаяся с кожей, сухая.

5) Опустить изголовье кровати до горизонтального уровня.

### II Выполнение процедуры:

1) Встать с обеих сторон кровати: медицинский работник помогает пациентке слегка повернуться набок, лицом к ней, придерживает рукой за плечи и таз; помощник (вторая медсестра/младший медицинский персонал/родственник пациента) подкладывает и расправляет клеенку под ягодицами.

2) Под ягодицы пациентки подвести судно и помочь ей повернуться на спину так, чтобы ее промежность оказалась на судне.

Для пациента мужчины поставить мочеприемник между ногами и опустить в него половой член (если пациент не может этого сделать самостоятельно).

3) Медицинский работник поворачивает пациента на бок и

придерживает ее за плечи и таз; помощник - убирает судно (мочеприемник у мужчины) и укрывает спину пациента.

4) Подмыть его (ее). Тщательно осушить промежность.

5) Убрать клеенку.

6) Осмотреть выделенную мочу, измерить ее количество.

III Окончание процедуры:

1) Поместить в емкость для дезинфекции использованный материал и оснащение.

2) Снять перчатки и поместить их в емкость для использованного материала.

3) Обеспечить пациенту возможность вымыть руки или протереть их антисептическим раствором.

4) Укрыть пациента одеялом, придать ему удобное положение.

5) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

6) Уточнить у пациента его самочувствие.

7) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации

<p>7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p>	<p>Помощь пациенту в использовании судна должны оказывать два медицинских работника или необходимо прибегнуть к помощи родственника пациента.</p> <p>Если пациент в состоянии помочь медицинскому работнику, то оказать помощь в использовании судна или мочеприемника может и один медицинский работник</p>
<p>8 Достижимые результаты и их оценка</p>	<p>Пациент чувствует себя комфортно</p>
<p>9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p>	<p>Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели и содержании данной процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной 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	Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии.  Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации.  Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения).  Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги
11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги	Коэффициент УЕТ врача - 0.  Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 2,0
12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствует
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

## 22 Технология выполнения простой медицинской услуги "Уход за постоянным мочевым катетером"

Технология ухода за постоянным мочевым катетером входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.28.002.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 19.

Таблица 19 - ТПМУМСУ "Уход за постоянным мочевым катетером"

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>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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>Использование перчаток во время процедуры</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Амбулаторно-поликлинические.</p> <p>Стационарные</p>
<p>4 Функциональное назначение простой медицинской услуги</p>	<p>Профилактика заболеваний</p>
<p>5 Материальные ресурсы</p>	

<p>5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения</p>	<p>Шприц одноразовый на 10 мл.</p> <p>Катетер мочевого одноразовый стерильный с дополнительным отведением для промывания мочевого пузыря.</p> <p>Стерильный мочеприемник</p>
<p>5.2 Реактивы</p>	<p>Отсутствуют</p>
<p>5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты</p>	<p>Отсутствуют</p>
<p>5.4 Продукты крови</p>	<p>Отсутствуют</p>
<p>5.5 Лекарственные средства</p>	<p>Стерильный раствор борной кислоты.</p> <p>Мазь гентамициновая.</p> <p>Барьерное средство для защиты кожи</p>
<p>5.6 Прочий расходный материал</p>	<p>Перчатки нестерильные.</p> <p>Адсорбирующая пеленка.</p> <p>Стерильные ватные или марлевые шарики.</p> <p>Стерильные марлевые салфетки.</p> <p>Емкость для воды.</p> <p>Лейкопластырь</p>
<p>6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p>	

6.1 Алгоритм ухода за постоянным мочевым катетером

I Подготовка к процедуре:

1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

2) Обеспечить конфиденциальность процедуры.

3) Опустить изголовье кровати.

4) Помочь пациенту занять положение на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами, предварительно положив под ягодицы пациента (пациентки) адсорбирующую пеленку.

5) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

6) Надеть перчатки.

II Выполнение процедуры:

1) Вымыть промежность водой с жидким мылом и просушить полотенцем.

2) Вымыть марлевой салфеткой, а затем высушить проксимальный участок катетера на расстоянии 10 см.

3) Осмотреть область уретры вокруг катетера: убедиться, что моча не подтекает.

4) Осмотреть кожу промежности, идентифицируя признаки инфекции (гиперемия, отечность, мацерация кожи, гнойное отделяемое).

5) Убедиться, что трубка катетера приклеена пластырем к бедру и не

натянута.

6) Убедиться, что дренажный мешок прикреплен к кровати ниже ее плоскости.

7) Снять с кровати пеленку (клеенку с пеленкой) и поместить ее в емкость для дезинфекции.

III Окончание процедуры:

1) Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал.

2) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.

3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

4) Уточнить у пациента его самочувствие.

5) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.

<p>7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p>	<p>Для профилактики внутрибольничной инфекции у пациента с постоянным мочевым катетером:</p> <p>Следить, чтобы система катетер - мочеприемник была замкнутой, разъединять ее только в случае необходимости промывания катетера.</p> <p>Промывать катетер строго по назначению врача.</p> <p>При подозрении на его закупорку удалить всю систему и установить новую при необходимости.</p> <p>Использовать одноразовый катетер, имеющий специальное отведение для промывания без разъединения системы.</p> <p>При необходимости промывания катетера соблюдать правила асептики.</p> <p>Осторожно отсоединять мочеприемник, избегая загрязнения соединительной трубки.</p> <p>Кратность проведения процедуры по необходимости и назначению врача</p>
<p>8 Достижимые результаты и их оценка</p>	<p>Отсутствия признаков воспаления при осмотре уретры вокруг катетера и кожи промежности.</p> <p>Катетер не закупоривается</p>

<p>9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p>	<p>Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели и содержании данной процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется</p>
<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации.</p> <p>Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения).</p> <p>Отсутствие осложнений.</p> <p>Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.</p> <p>Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии</p>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ врача - 0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 2,0</p>

12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствует
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

## **23 Технология выполнения простой медицинской услуги "Уход за внешним мочевым катетером"**

Технология ухода за внешним мочевым катетером входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.28.003.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 20.

Таблица 20 - ТПМУМСУ "Уход за внешним мочевым катетером"

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", "Сестринское дело"</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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>Использование перчаток во время процедуры</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Стационарные</p>
<p>4 Функциональное назначение простой медицинской услуги</p>	<p>Лечение заболеваний.</p> <p>Профилактика заболеваний</p>
<p>5 Материальные ресурсы</p>	

5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Катетер типа "кондом"
5.2 Реактивы	Отсутствуют
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4 Продукты крови	Отсутствуют
5.5 Лекарственные средства	Отсутствуют
5.6 Прочий расходный материал	<p>Нестерильные перчатки.</p> <p>Емкость для сбора выделяемой мочи с канюлей.</p> <p>Емкость для воды.</p> <p>Застежка-"липучка" или резинка.</p> <p>Марлевые салфетки.</p> <p>Адсорбирующая пленка</p>
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	

## 6.1 Алгоритм ухода за внешним катетером

### I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 2) Обеспечить конфиденциальность процедуры.
- 3) Опустить изголовье кровати.
- 4) Помочь пациенту расположиться в полулежачем положении или на спине, положив предварительно под ягодицы пациента (пациентки) адсорбирующую пеленку.
- 5) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 6) Надеть перчатки.

### II Выполнение процедуры:

- 1) Положить емкость для сбора выделяемой мочи на кровать так, чтобы канюля лежала на кровати, свисала петлей с матраса и прикреплялась к самой кровати.
- 2) Вымыть и осушить половой член пациента.
- 3) Использованный материал поместить в емкость для дезинфекции.
- 4) Взять половой член одной рукой, другой рукой надеть катетер типа "кондом" на половой член, раскатывая вверх и оставляя 2,5-5 см открытого пространства до дистального конца полового члена для прикрепления к системе дренирования.

5) Придерживая катетер "кондом" одной рукой, надеть застежку-"липучку" или резинку на верхнюю часть резинового катетера, но не на сам половой член, так, чтобы она прилегала плотно, но не туго.

6) Присоединить конец катетера к дренирующей трубке

7) Расположить дренирующую трубку так, чтобы она была свободной, не натягивая ее.

8) Проверять безопасность, надежность расположения катетера на половом члене каждые 4 ч.

9) Снимать катетер типа "кондом" на полчаса во время ежедневной ванны или каждые 24 ч.

### III Окончание процедуры:

1) Удобно расположить пациента. Поднять боковые поручни.

2) Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал.

3) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.

4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

5) Уточнить у пациента его самочувствие.

6) Сделать запись о результатах выполнения в медицинской документации

7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики

Отсутствуют

8 Достижимые результаты и их оценка	Отсутствие признаков воспаления при осмотре уретры вокруг катетера и кожи промежности
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медсестрой, фельдшером, включает сведения о цели данного действия. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на уход за внешним катетером не требуется, так как данное действие не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента
10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики	Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации.  Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения).  Отсутствие осложнений.  Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.  Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии
11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги	Коэффициент УЕТ врача - 0.  Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 1,0

12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствует
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

## **24 Технология выполнения простой медицинской услуги "Перемещение тяжелобольного в постели"**

Технология перемещения тяжелобольного в постели входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.31.001.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 21.

Таблица 21 - ТПМУМСУ "Перемещение тяжелобольного в постели"

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>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<p>2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала</p> <p>2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги</p>	<p>Если пациент весит более 80-100 кг или не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с одним-двумя помощниками.</p> <p>Желательно наличие приспособлений для подъема пациента.</p> <p>До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук.</p> <p>Использование перчаток во время процедуры</p>

3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Стационарные. Амбулаторно-поликлинические
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Профилактика заболеваний
<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>Функциональная кровать.</p> <p>Оборудование для придания нужного положения (валики, подушки).</p> <p>Простыни для переворачивания</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Нестерильные перчатки</p>
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	

6.1 Алгоритм перемещения  
тяжелобольного в постели

I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 3) Надеть перчатки.
- 4) Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляций.

## II Выполнение процедуры:

а) Перемещение пациента к изголовью кровати на невысокой кровати (выполняют два человека)

1) Помочь пациенту сесть: одна медицинская сестра поддерживает пациента, другая - может подложить подушку.

2) Встать с обеих сторон кровати, лицом друг к другу, близко к кровати и немного сзади пациента так, чтобы плечи были вровень со спиной пациента.

3) Положить на край кровати пеленку.

4) Встать коленом, которое ближе к пациенту, на кровать, расположив голень на пеленке вдоль края кровати и придвинув голень как можно ближе к пациенту. Нога, стоящая на полу, является точкой опоры при поднятии пациента.

5) Подвести плечо, находящееся ближе к пациенту, в подмышечную впадину и к туловищу пациента. Кисть этой руки подводится под бедра пациента. Пациент кладет свои руки на спину медицинским сестрам. В том случае, если невозможно подвести плечо к подмышечной области пациента или пациент не может положить руку медицинской сестре на спину, необходимо расположить руку между туловищем и плечом пациента. Кисть этой руки располагается под бедрами пациента.

6) Упереться рукой, расположенной ближе к изголовью, в кровать сзади пациента (локоть согнут). Другой рукой, расположенной под бедрами пациента, ближе к ягодицам, медицинские сестры берут друга за запястье.

7) Приподнять пациента, переместить его на небольшое расстояние и опустить его на постель, сгибая ногу, расположенную ближе к изголовью и руку, обеспечивающую опору. Повторять перемещение до расположения пациента в заданном месте.

- б) Перемещение пациента к изголовью кровати (выполняется одной медицинской сестрой)
- 1) Убрать подушку из-под головы пациента и положить ее рядом. Опустить изголовье кровати. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально.
  - 2) Встать лицом к ножному концу кровати под углом 45°. Расставить ноги на ширину 30 см. Ногу, находящуюся ближе к изголовью, отставить немного назад. Согнуть ноги в коленях (руки медицинской сестры должны находиться на уровне ног пациента).
  - 3) Переместить центр тяжести на ногу, отставленную назад.
  - 4) Передвинуть ноги пациента по диагонали к изголовью кровати.
  - 5) Переместиться параллельно верхней части туловища пациента, согнуть ноги в коленях так, чтобы руки находились на уровне туловища пациента.
  - 6) Подвести под шею пациента руку, находящуюся ближе к изголовью, и снизу обхватить и поддерживать ею его плечо.
  - 7) Подвести другую руку под верхнюю часть спины пациента.
  - 8) Передвинуть голову и верхнюю часть туловища пациента по диагонали к изголовью кровати.
  - 9) Переходить с одной стороны кровати на другую, повторяя действия, пока тело пациента не достигнет в постели желаемой высоты.
  - 10) Переместить пациента на

середины постели, точно так же поочередно передвигая три части его тела.

11) Поднять голову и плечи пациента и подложить подушку.

в) Перемещение пациента к изголовью кровати с помощью простыни (выполняется одной медицинской сестрой)

1) Вытащить края простыни из-под матраса со всех сторон.

2) Убрать подушку из-под головы пациента и положить ее рядом. Опустить изголовье кровати. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально.

3) Встать у изголовья кровати, расставив ноги на ширину 30 см и поставить одну ногу немного впереди другой.

4) Скатать простыню около головы и плеч пациента. Попросить пациента согнуть колени (если он может это сделать) и прижать стопы к матрасу, чтобы быть в состоянии помочь.

5) Взяться за скатанные края простыни с обеих сторон от головы пациента двумя руками ладонями вверх.

6) Согнуть свои ноги в коленях, чтобы спина оставалась ровной.

7) Предупредить пациента, чтобы он был готов к перемещению.

8) Предупредив пациента, отклонить корпус назад и подтянуть пациента к изголовью кровати.

9) Положить подушку под голову пациента, расправить простыню.

г) Перемещение пациента к краю кровати (выполняется одной медицинской сестрой, пациент может помочь)

1) Убрать подушку из-под головы пациента и положить ее рядом. Опустить изголовье кровати. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально.

2) Встать у изголовья кровати, расставив ноги на ширину 30 см и поставить одну ногу немного впереди другой. Согнуть колени.

3) Попросить пациента скрестить руки на груди, обхватив себя за локти.

4) Подложить одну руку под шею и плечи пациента, а вторую - под верхнюю часть его спины.

5) Отклонить корпус назад и подтянуть на себя верхнюю часть его спины.

6) Поменять положение рук: одну руку подложить под талию, другую - под бедра пациента.

7) Также отклонить корпус назад и потянуть на себя нижнюю часть туловища пациента.

8) Подложить руки под голени и стопы пациента и придвинуть их к себе.

9) Приподнять голову пациента и подложить под нее подушку.

	<p>III Окончание процедуры:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни кровати.</li> <li>2) Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положить предметы, часто необходимые пациенту, на столик.</li> <li>3) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.</li> <li>4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</li> <li>5) Уточнить у пациента его самочувствие.</li> <li>6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации</li> </ol>
<p>7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p>	<p>В ходе процедуры необходимо контролировать состояние имеющихся дренажных трубок, катетеров, повязок. Если пациент не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с одним-двумя помощниками.</p> <p>При перемещении пациента соблюдать биомеханику тела</p>
<p>8 Достигаемые результаты и их оценка</p>	<p>У пациента отсутствуют признаки физических травм, таких как свежие синяки, ссадины и повреждения костной системы после перемещения</p>

<p>9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p>	<p>Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре (если он в сознании). Информация, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели и ходе данной процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется</p>
<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</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> <p>Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии</p>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ врача - 0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 1,0</p>
<p>12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Отсутствует</p>

13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют
---	-------------

## **25 Технология выполнения простой медицинской услуги "Размещение тяжелобольного в постели"**

Технология размещения тяжелобольного в постели входит в ТПМУСУ и имеет код А14.31.002.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 22.

Таблица 22 - ТПМУМСУ "Размещение тяжелобольного в постели"

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", "Сестринское дело", "Акушерское дело".</p> <p>Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: "Лечебное дело", "Педиатрия", направление подготовки "Сестринское дело (бакалавр)"</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<p>2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала</p>	

<p>2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги</p>	<p>Если пациент весит более 80-100 кг или не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с одним-двумя помощниками.</p> <p>Желательно наличие приспособлений для подъема пациента.</p> <p>До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук.</p> <p>Использование перчаток во время процедуры</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Стационарные.</p> <p>Амбулаторно-поликлинические</p>
<p>4 Функциональное назначение простой медицинской услуги</p>	<p>Профилактика 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>Отсутствуют</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Отсутствуют</p>

5.6 Прочий расходный материал	Вспомогательные устройства, необходимые для пациента.  Подушка для головы и дополнительные подушки, необходимые для поддержки положения тела в постели
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги  6.1 Алгоритм размещения тяжелобольного в постели	I Подготовка к процедуре:  1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.  2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  3) Надеть перчатки.  4) Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляций.

## II Выполнение процедуры:

а) Размещение пациента лежа на спине (выполняется одним медицинским работником)

1) Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит посередине кровати.

2) Придать пациенту правильное положение: положить подушку под голову (или поправить оставшуюся), расположить руки вдоль туловища ладонями вниз, расположить нижние конечности на одной линии с тазобедренными суставами.

3) Подложить небольшую подушку под верхнюю часть плеч и шею.

4) Подложить под поясницу небольшое, свернутое валиком полотенце.

5) Подложить валики из скатанной в рулон простыни вдоль наружной поверхности бедер, начиная от области большого вертела бедренной кости.

6) Подложить небольшую подушку или валик под голень в области ее нижней трети.

7) Обеспечить упор для поддержания стоп под углом  $90^\circ$ .

8) Положить под предплечья небольшие подушки.

б) Размещение пациента с гемиплегией в положение на спине (выполняется одним медицинским работником)

1) Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит посередине кровати.

2) Под парализованное плечо положить сложенное полотенце или подушку.

3) Отодвинуть парализованную руку от туловища, разогнув ее в локте и повернув ладонью вверх. Вместо этого можно также отвести парализованную руку от туловища, поднять ее, согнув в локте и положив кисть ближе к изголовью кровати.

4) Расслабленной кисти придать обычное положение: кисть слегка разогнута ладонью вниз, ее свод сохраняется, пальцы частично согнуты. Можно также положить кисть на половинку разрезанного пополам резинового мячика.

5) Спастической кисти придать нормальное положение: если кисть расположена ладонью вниз, пальцы слегка разогнуть; если ладонь обращена вверх, пальцы лежат свободно.

6) Под парализованное бедро положить небольшую подушку.

7) Согнуть колено парализованной конечности под углом  $30^\circ$  и положить его на подушку.

8) Обеспечить упор для стоп под углом  $90^\circ$ .

в) Размещение пациента в положение Фаулера (выполняется одним медицинским работником)

1) Убедиться, что пациент лежит на спине посередине кровати, убрать подушки.

2) Поднять изголовье кровати под углом  $45^{\circ}$ - $60^{\circ}$  (или подложить три подушки): человек, прямо сидящий на кровати, находится в положении Фаулера.

3) Подложить подушки или сложенное одеяло под голени пациента.

4) Подложить под голову небольшую подушку (в том случае, если поднималось изголовье).

5) Подложить под предплечья и кисти подушку (если пациент не может самостоятельно двигать руками). Предплечья и запястья должны быть приподняты и расположены ладонями вниз.

6) Подложить пациенту под поясницу подушку.

7) Подложить небольшую подушку или валик под колени пациента.

8) Подложить небольшую подушку пациенту под пятки.

9) Обеспечить упор для стоп под углом  $90^{\circ}$ .

г) Размещение пациента с гемиплегией в положение Фаулера

1) Поднять изголовье кровати под углом  $45^{\circ}$ - $60^{\circ}$  (или подложить три подушки).

2) Усадить пациента как можно выше. Подложить под голову небольшую подушку (в том случае, если поднималось изголовье).

3) Слегка приподнять вверх подбородок пациента.

4) На прикроватном столике перед пациентом обеспечить опору для парализованной кисти и предплечья; отодвинуть плечо пациента от его тела и подложить под локоть подушку.

5) Расслабленной кисти придать обычное положение: кисть слегка разогнута ладонью вниз, ее свод сохраняется, пальцы частично согнуты. Можно также положить кисть на половинку разрезанного пополам резинового мячика.

6) Спастической кисти придать нормальное положение: если кисть расположена ладонью вниз, пальцы слегка разогнуть; если ладонь обращена вверх, пальцы лежат свободно.

7) Согнуть пациенту ноги в коленях и бедрах, подложив под колени подушку или сложенное одеяло.

8) Обеспечить упор для стоп под углом  $90^{\circ}$ .

д) Размещение пациента в положение на боку (выполняется одним медицинским работником, пациент может помочь)

1) Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально.

2) Передвинуть пациента ближе к одному краю, противоположному стороне поворота.

3) Сказать пациенту, что он может помочь, если скрестит руки на груди. Если пациента переворачивают на правый бок: он должен положить левую ногу на правую. Или согнуть левую ногу пациента: одна рука охватывает нижнюю треть голени, другая - в подколенной впадине; левая стопа при этом должна оказаться в подколенной ямке.

4) Встать с той стороны кровати, куда будут поворачивать пациента. Положить протектор на кровать рядом с ним. Встать как можно ближе к кровати, согнуть одну ногу в колене и поставить ее на протектор. Вторая нога является опорой.

5) Положить одну руку на плечо, которое находится дальше от медицинской сестры, вторую руку - на дальнее бедро, т.е. если пациент будет поворачиваться на правый бок по направлению к медицинской сестре, положить левую руку на его левое плечо, а правую - на его левое бедро.

6) Повернуть пациента на бок, перенеся свой вес на ногу, стоящую на полу.

7) Подложить подушку под голову и шею пациента. Выдвинуть вперед "нижнее" плечо пациента, чтобы он не лежал на своей руке.

8) Придать обеим рукам пациента слегка согнутое положение. Рука, находящаяся сверху, лежит на подушке на уровне плеча.

9) Подложить пациенту под спину сложенную подушку (подушку сложить по длине и слегка подсунуть ее ровной поверхностью под спину пациента).

10) Под согнутую "верхнюю" ногу пациента, лежащую немного впереди нижней, поместить подушку (от паховой области до стопы).

11) Поместить мешок с песком у подошвы "нижней" ноги. Расправить подкладную пеленку.

е) Размещение пациента в положение лежа на животе (выполняется одним или двумя медицинскими работниками, пациент не может помочь)

1) Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально.

2) Аккуратно приподнять голову пациента, убрать обычную и положить маленькую подушку.

3) Переместить пациента к краю кровати.

4) Разогнуть руку пациента в локтевом суставе, прижать ее к туловищу по всей длине, подложив кисть под бедро, или поднять ее вверх и вытянуть ее вдоль головы.

5) Перейти на другую сторону кровати.

6) Встать коленом на кровать. Подложить свернутое одеяло или небольшую подушку под верхнюю часть живота пациента. Положить руку на дальнее от медицинской сестры плечо пациента, а другую руку - на дальнее бедро.

7) Перевернуть пациента на живот, в сторону медицинской сестры. Голова пациента должна быть повернута набок.

8) Подложить подушку под голени, чтобы пальцы не касались постели.

9) Согнуть руку, к которой обращена голова пациента, в локтевом суставе под углом 90°, другую руку вытянуть вдоль туловища.

10) Подложить подушки под локти,

предплечья и кисти.

11) Положить небольшие валики рядом со стопами (с наружной стороны).

12) Расправить простыню и подкладную пеленку.

ж) Размещение пациента с гемиплегией в положение на животе (выполняется одним или двумя медицинскими работниками, пациент не может помочь)

1) Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение.

2) Передвинуть пациента к краю кровати в направлении непарализованной стороны тела.

3) Перейти на другую сторону. Поставить колено на край кровати и повернуть пациента на бок (на непарализованную боковую поверхность тела).

4) Поместить подушку под живот пациента.

5) Выпрямить локоть парализованной руки, прижать ее по всей длине к туловищу и подсунуть кисть под бедро или поднять вверх параллельно туловищу.

6) Осторожно повернуть пациента через парализованную руку на живот.

7) Повернуть голову пациента набок (в сторону парализованной половины тела).

8) Согнутую в локте руку отвести в сторону кистью к изголовью кровати; пальцы руки по возможности разогнуть.

9) Слегка согнуть оба колена пациента и подложить подушку под обе ноги (от колен до лодыжек).

10) С помощью достаточно высокой подушки приподнять пальцы стоп над матрасом, так чтобы угол между стопой и голенью составлял 90°.

и) Размещение пациента в положение Симса (положение, промежуточное между положением на животе и на боку)

1) Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение.

2) Положить пациента на спину.

3) Переместить пациента к краю кровати.

4) Переместить пациента в положение лежа на боку и частично на животе.

5) Положить подушку под голову пациента.

6) Под согнутую, находящуюся сверху руку поместить подушку на уровне плеча. Другую руку пациента положить на простыню.

7) Под согнутую "верхнюю" ногу подложить подушку так, чтобы нога оказалась на уровне бедра.

8) У подошвы ноги положить мешок с песком.

III Окончание процедуры:

1) Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни кровати.

2) Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положить предметы, часто необходимые пациенту, на столик.

3) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.

4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

5) Уточнить у пациента его состояние.

6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации

7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики

При смене положения пациента необходимо руководствоваться следующими правилами.

Убедиться, что все оборудование, капельницы и трубки, присоединенные к пациенту, надежно закреплены, так что они не будут смещены при его перемещении.

Отсоединить дренирующие трубки, если это необходимо, и снова их присоединить после придания пациенту необходимой позы.

Убедиться в наличии помощника при обращении с конечностями, зафиксированными жесткими стабилизаторами (например, гипс, вытяжение), и с тяжелым оборудованием, которое необходимо перемещать вместе с пациентом (например, аппарат для вытяжения).

Поддерживать необходимое приподнятое положение головы для пациентов, подверженных диспноэ в горизонтальном положении; отводить краткие периоды для отдыха по необходимости во время процедуры.

Использовать подушки, валики и специальные устройства для поддержания необходимой позы, положения конечностей, предотвращения чрезмерного давления на уязвимые поверхности кожи.

Убедиться, что лицо пациента не прижато к постели или подушкам во время поворачивания и что положение тела не мешает полному расширению диафрагмы.

Использовать правильные принципы механики человеческого организма.

При перемещении пациента соблюдать биомеханику тела

<p>8 Достигаемые результаты и их оценка</p>	<p>Кожа пациента теплая, сухая.</p> <p>Повреждения и изменения цвета в точках давления отсутствуют.</p> <p>Пациент чувствует себя комфортно</p>
<p>9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p>	<p>Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре (если он в сознании). Информация, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели и ходе данной процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется</p>
<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</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> <p>Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии</p>

11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги	Коэффициент УЕТ врача - 1,0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 4,0
12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствует
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

## **26 Технология выполнения простой медицинской услуги "Транспортировка тяжелобольного внутри учреждения"**

Технология транспортировки тяжелобольного внутри учреждения входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.31.003.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 23.

Таблица 23 - ТПМУМСУ "Транспортировка тяжелобольного внутри учреждения"

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 всем специальностям: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело".</p> <p>Специально обученный персонал, не имеющий медицинского образования, в сопровождении медицинского работника</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<p>2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала</p> <p>2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги</p>	<p>Выполнение транспортировки:</p> <p>на каталке осуществляют не менее двух медицинских работников;</p> <p>на носилках - не менее четырех медицинских работников</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Амбулаторно-поликлинические.</p> <p>Стационарные.</p> <p>Санаторно-курортные</p>

<p>4 Функциональное назначение простой медицинской услуги</p>	<p>Транспортное</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>Каталка или носилки или функциональное кресло-каталка.</p> <p>Одеяло.</p> <p>Подушка.</p> <p>Простыня.</p> <p>Клеенка с пленкой - при необходимости</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Отсутствует</p>
<p>6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги:</p> <p>Способ транспортировки тяжелобольного внутри учреждения определяет врач.</p>	

6.1 Алгоритм транспортировки тяжелобольного внутри учреждения на каталке (носилках)

I Подготовка к транспортировке:

1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить, как себя вести при транспортировке (если пациент без сознания - информация предоставляется доверенному лицу пациента).

2) Сообщить в соответствующее отделение факт транспортировки пациента, его состояние, уточнить номер палаты для пациента, приготовить его историю болезни.

3) Определить готовность к транспортировке каталки, ее техническое состояние.

4) Постелить на каталку простыню, положить подушку, клеенку с пленкой (при необходимости).

## II Выполнение транспортировки:

а) Перемещение пациента на каталку (должно осуществляться тремя медицинскими работниками)

1) Поставить каталку ножной частью под углом к изголовью кровати или другим способом, более удобным в данной ситуации. Отрегулировать высоту каталки по высоте кровати.

2) Приподнять пациента - один медицинский работник подводит руки под голову и лопатки пациента, второй - под таз и верхнюю часть бедер, третий - под середину бедер и голени.

3) Одновременно поднять пациента, вместе с ним повернуться в сторону каталки, уложить пациента на каталку. Положить руки пациента ему на грудь или живот.

4) Укрыть пациента одеялом.

б) Осуществление транспортировки на каталке

1) Встать у каталки - один медицинский работник спереди носилок, другой - сзади, лицом к пациенту. В таком положении осуществить транспортировку внутри учреждения.

2) Во время транспортировки осуществляется непрерывное наблюдение за состоянием пациента.

в) Осуществление транспортировки на носилках

1) Встать у носилок - два медицинских работника спереди каталки, два - сзади, лицом к пациенту. В таком положении осуществить транспортировку внутри учреждения.

2) Передвижение персонала при этом должно осуществляться не в ногу, а короткими шагами, слегка сгибая ноги в коленях, удерживая носилки.

3) Вниз по лестнице пациента необходимо нести ножным концом носилок вперед в горизонтальном положении. Вверх по лестнице пациента необходимо нести головным концом носилок вперед также в горизонтальном положении.

4) Во время транспортировки осуществляют непрерывное наблюдение за состоянием пациента.

### III Окончание транспортировки:

1) Поставить каталку так, как позволяет площадь палаты.

2) Снять с кровати одеяло, раскрыть пациента и доступным способом переложить его на кровать (на руках или на простыне).

3) Укрыть пациента и убедиться, что он чувствует себя комфортно (если пациент в сознании).

4) Уточнить у пациента его самочувствие. Передать историю болезни дежурной палатной медицинской сестре. Дежурная медицинская сестра обязана срочно доложить о поступлении тяжелобольного пациента дежурному или лечащему врачу

6.2 Алгоритм транспортировки тяжелобольного внутри учреждения на функциональном кресле-каталке

I Подготовка к транспортировке:

1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить, как себя вести при транспортировке.

2) Сообщить в соответствующее отделение факт транспортировки пациента, его состояние, уточнить номер палаты для пациента, приготовить его историю болезни.

3) Определить готовность к транспортировке кресла-каталки.

II Выполнение транспортировки:

а) Перемещение пациента на кресло-каталку (выполняется одной медицинской сестрой, если пациент может помочь)

1) Поставить кресло-каталку рядом с кроватью, закрепить тормоза. По возможности опустить кровать до уровня кресла.

2) Помочь пациенту занять сидячее положение на кровати.

3) Встать напротив пациента: ноги должны быть расставлены на ширину 30 см, согнуты в коленях, одна нога выдвинута вперед.

4) Поставить ногу, которая дальше от кресла-каталки, между коленями пациента коленом к нему, а другую ногу по направлению движения.

5) Прижав пациента к себе, плавно поднять его, не дергая и не поворачивая. Необходимо держать свою голову с той стороны головы пациента, где находится кресло-каталка.

6) Поставив пациента на ноги, поворачиваться одновременно с ним до тех пор, пока он не займет

положение спиной к креслу-каталке.

7) Опустить пациента в кресло-каталку. Для этого: согнуть колени и придерживать ими колени пациента; держать спину прямо; пациент может помочь, если положит руки на подлокотники кресла-каталки, чтобы опуститься в него.

8) Отпустить пациента, только убедившись, что он надежно сидит в кресле. Попросить пациента поставить ноги на подставку для ног.

б) Осуществление транспортировки на кресле-каталке

1) Снять кресло-каталку с тормозов и транспортировать пациента.

2) Во время транспортировки осуществляется непрерывное наблюдение за состоянием пациента.

III Окончание транспортировки на кресле-каталке:

1) Поставить кресло-каталку у кровати, закрепить тормоза.

2) Встать напротив пациента: ноги должны быть расставлены на ширину 30 см, согнуты в коленях, одна нога выдвинута вперед.

3) Прижав пациента к себе, плавно поднять его, не дергая и не поворачивая. Необходимо держать свою голову с той стороны головы пациента, где находится кровать.

4) Поставив пациента на ноги, поворачиваться одновременно с ним до тех пор, пока он не почувствует край кровати задней поверхностью бедер.

5) Посадить пациента на кровать.

	<p>6) Уложить пациента, укрыть одеялом, убедиться, что он чувствует себя комфортно.</p> <p>7) Передать историю болезни дежурной палатной медицинской сестре. Дежурная медицинская сестра обязана срочно доложить о поступлении тяжелобольного пациента дежурному или лечащему врачу.</p> <p>8) Провести дезинфекцию использованных для транспортировки средств</p>
<p>7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p>	<p>Пациента, находящегося в бессознательном состоянии дополнительно фиксируют с помощью специальных ремней или поручней каталки. Если они отсутствуют, то пациента придерживает при передвижении кто-нибудь из персонала. В случае отсутствия каталки или невозможности ее использования пациента переносят на носилках вручную не менее четырех человек. При появлении усталости у медицинского работника необходимо сообщить остальным участникам транспортировки, так как уставшие пальцы могут произвольно расслабиться.</p> <p>При транспортировке тяжелобольного пациента из операционной в отделение контроль за транспортировкой осуществляет медицинская сестра - анестезистка.</p> <p>Все перемещения осуществлять с соблюдением правил биомеханики тела</p>
<p>8 Достижимые результаты и их оценка</p>	<p>Удовлетворенность пациента.</p> <p>Отсутствие видимых ухудшений самочувствия пациента</p>

<p>9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p>	<p>Пациент (если он находится в сознании) или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей транспортировке. Информация, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели транспортировки. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на транспортировку не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется</p>
<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Пациент своевременно транспортирован в соответствующее отделение</p> <p>Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.</p> <p>Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии</p>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ врача - 0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 3,0</p>
<p>12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Отсутствует</p>

13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют
---	-------------

## **27 Технология выполнения простой медицинской услуги "Кормление тяжелобольного через рот и назогастральный зонд"**

Технология кормления тяжелобольного через рот и назогастральный зонд входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.31.004.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 24.

Таблица 24 - ТПМУМСУ "Кормление тяжелобольного через рот и назогастральный зонд"

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>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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>Использование перчаток во время процедуры</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Амбулаторно-поликлинические.</p> <p>Стационарные</p>
<p>4 Функциональное назначение простой медицинской услуги</p>	<p>Лечение заболеваний</p>
<p>5 Материальные ресурсы</p>	

<p>5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения</p>	<p>Фонендоскоп.</p> <p>Система для непрерывного режима зондового кормления.</p> <p>Шприц объемом 20-50 мл.</p> <p>Зажим хирургический</p>
<p>5.2 Реактивы</p>	<p>Отсутствуют</p>
<p>5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты</p>	<p>Отсутствуют</p>
<p>5.4 Продукты крови</p>	<p>Отсутствуют</p>
<p>5.5 Лекарственные средства</p>	<p>Изотонический раствор хлорида натрия</p>
<p>5.6 Прочий расходный материал</p>	<p>Салфетка.</p> <p>Лейкопластырь.</p> <p>Перчатки нестерильные.</p> <p>Воронка.</p> <p>Часы.</p> <p>Комплект столовой посуды, в соответствии с выбранным режимом кормления</p>
<p>6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p>	

<p>6.1 Алгоритм кормления тяжелобольного через рот и назогастральный зонд</p>	<p>I Подготовка к процедуре:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Идентифицировать пациента, представиться (если пациенте сознании), проинформировать о предстоящем кормлении, составе и объеме пищи, методе кормления.</li><li>2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить, надеть перчатки (если кормление будет осуществляться через назогастральный зонд).</li><li>3) Подготовить питательный раствор; подогреть его до температуры 30°C-35°C.</li></ol>
---	---

## II Выполнение процедуры:

а) При кормлении пациента через рот

1) Помочь пациенту занять полусидячее положение в постели, или положение, сидя с опущенными ногами, или помочь пересесть на стул.

2) Помочь пациенту вымыть руки, причесаться, поправить одежду.

3) Накрыть грудь пациента салфеткой.

4) При наличии у пациента съемных зубных протезов помочь пациенту установить их.

5) Придвинуть прикроватный столик к кровати пациента, сервировать стол.

6) Расположить тарелки с пищей в соответствии с пожеланиями пациента. При нарушении моторики подложить под тарелки нескользящие салфетки. При нарушении координации использовать посуду с защитным бортиком или иную посуду, рекомендованную специалистом по восстановительной медицине.

7) Предложить пациенту воспользоваться столовым прибором, в том числе специальной посудой для пациентов с нарушенными моторными функциями.

б) Если пациент готов есть самостоятельно

1) При необходимости использовать вспомогательные приспособления для предплечья, облегчающие подъем руки до уровня рта (например, подвижные подставки для предплечья; поддерживающие ремни, одеваемые через голову); протезные или ортопедические приспособления.

2) Наблюдать за процессом питания; эффективностью пережевывания и глотания.

3) По мере необходимости заменять тарелки.

4) По окончании процедуры помочь пациенту прополоскать рот и занять удобное положение в постели.

в) Если пациент нуждается в активном кормлении

1) Приподнять головной конец кровати.

2) Убедиться, что пища, приготовленная для пациента, имеет гомогенную консистенцию.

3) Придвинуть прикроватный столик к кровати пациента, сервировать стол.

4) Одной рукой приподнять голову пациента; другой поднести ложку ко рту пациента (при гемипарезе пища подносится со здоровой стороны).

5) Поддерживать голову пациента в процессе жевания и глотания.

6) Поить пациента по требованию или через каждые три-пять ложек пищи. Жидкость дают с помощью ложки или поильника.

7) По окончании кормления помочь пациенту прополоскать рот или обработать ротовую полость по протоколу 14.07.002 "Уход за полостью рта тяжелобольного".

8) Придать пациенту полусидячее положение на 30 мин после окончания еды.

г) При кормлении пациента через назогастральный зонд

1) Определить предписанный пациенту режим кормления - непрерывный или перемежающийся (фракционный).

2) Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика)

3) Поднять головной конец кровати на 30°-45°.

4) Проверить правильность положения зонда.

5) Присоединить шприц объемом 20 см<sup>3</sup> к дистальному участку зонда и аспирировать содержимое желудка.

- Оценить характер содержимого - при появлении признаков кровотечения прекратить процедуру.

- При выявлении признаков нарушения эвакуации желудочного содержимого - прекратить кормление.

6) Присоединить к дистальному участку зонда шприц, заполненный 20 см<sup>3</sup> воздуха и ввести воздух внутрь, одновременно аускультуруя область эпигастрия.

7) Осмотреть кожу и слизистые оболочки носовых ходов, исключить признаки инфицирования и трофических нарушений, связанных с постановкой назогастрального зонда.

8) Проверить качество фиксации зонда, при необходимости заменить пластырную повязку.

д) При непрерывном режиме зондового кормления

1) Промыть емкость для питательной смеси и соединительную канюлю.

2) Заполнить емкость предписанной питательной смесью.

3) Присоединить канюлю к дистальному участку назогастрального зонда или приемному штуцеру инфузионного насоса.

4) Установить требующуюся скорость введения раствора с помощью дозатора канюли или блока управления насоса.

5) Контролировать скорость введения раствора и объем введенной смеси каждый час.

6) Каждый час аускультировать перистальтические шумы во всех квадрантах живота.

7) Каждые 3 ч проверять остаточный объем желудочного содержимого. При превышении объема показателя, указанного в назначении, прервать кормление.

8) По окончании процедуры промыть зонд 20-30 мл физиологического раствора или другого раствора в соответствии с предписанной схемой.

е) При перемежающемся (фракционном) режиме зондового кормления

1) Подготовить предписанный объем питательной смеси; перелить его в чистую посуду.

2) Заполнить шприц объемом 20-50 мл или воронку питательным раствором.

3) Ввести активно медленно (с помощью шприца) или пассивно (с помощью воронки) предписанный объем питательной смеси в желудок пациента, введение производить дробно, порциями по 20-30 мл, с интервалами между порциями - 1-3 мин.

4) После введения каждой порции, пережимать дистальный участок зонда, препятствуя его опустошению.

5) По окончании кормления ввести предписанный назначением объем воды. Если введение жидкости не предусмотрено, промыть зонд 30 мл физиологического раствора.

	<p>III Окончание процедуры:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Аускультировать перистальтические шумы во всех квадрантах живота.</li> <li>2) Обработать ротовую полость, вытереть лицо пациента от загрязнений.</li> <li>3) Подвергнуть дезинфекции использованный материал.</li> <li>4) Снять перчатки, обработать руки гигиеническим способом, осушить.</li> <li>5) Уточнить у пациента его самочувствие.</li> <li>6) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации</li> </ol>
<p>7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p>	<p>При использовании для зондового питания инфузионных насосов настройка и порядок работы с последними определяются инструкцией к аппарату.</p> <p>Используемый инвентарь в части видов посуды и ортопедических (протезных приспособлений) может варьироваться в соответствии с назначениями специалиста по восстановительной медицине.</p> <p>Недоношенным детям, выхаживаемым в кювезе, а также травмированным вертикальное положение не придается</p>
<p>8 Достижимые результаты и их оценка</p>	<p>Пациент получает достаточное количество сбалансированного питания с учетом рекомендаций лечащего врача</p>

<p>9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p>	<p>Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о характере, продолжительности, эффективности искусственного питания. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется</p>
<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Отсутствуют признаки инфицирования и трофических нарушений по ходу назогастрального зонда, аспирацией пищей.</p> <p>Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии.</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>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ врача - 0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 2,0</p>

12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствует
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

## **28 Технология выполнения простой медицинской услуги "Приготовление и смена белья тяжелобольному"**

Технология приготовления и смены белья тяжелобольному входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.31.005.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 25.

Таблица 25 - ТПМУМСУ "Приготовление и смена белья тяжелобольному"

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>Младшая медицинская сестра по уходу. Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело"</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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>Использование перчаток во время процедуры.</p> <p>При выполнении данной услуги может использоваться помощник из числа медицинского персонала или родственников пациента</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Стационарные.</p> <p>Амбулаторно-поликлинические</p>

4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Профилактика заболеваний
<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>Комплект чистого белья. Мешок для грязного белья. Пеленка. Перчатки нестерильные</p>
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	

6.1 Алгоритм подготовки и смены постельного белья тяжелобольному

I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры, получить его согласие.
- 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 3) Приготовить комплект чистого белья (простыни, наволочка, пододеяльник), убедиться, что в кровати нет личных вещей больного.
- 4) Надеть перчатки.

II Выполнение процедуры:

- 1) Опустить поручни, оценить положение и состояние пациента.
- 2) Осторожно вынуть подушку из-под головы пациента и сменить наволочку. Грязную наволочку поместить в мешок для белья.
- 3) Снять пододеяльник, убрать одеяло и накрыть пациента пододеяльником на время смены белья.
- 4) Повернуть пациента на бок по направлению к себе.
- 5) Скатать валиком грязную простыню, подложить этот валик под спину пациенту. Если белье сильно загрязнено, положить на валик пленку.
- 6) Положить сложенную вдвое чистую простыню на свободную сторону постели, заправить ее под матрас с противоположной от больного стороны.
- 7) Помочь пациенту перекатиться через валик на чистую сторону.
- 8) Скатать грязную простыню и

	<p>положить ее в мешок для белья.</p> <p>9) Расправить чистую простыню и заправить ее под матрас с другой стороны постели.</p> <p>10) Надеть чистый пододеяльник на одеяло. Накрыть пациента одеялом, извлекая грязный пододеяльник, которым он был укрыт.</p> <p>11) Поместить грязный пододеяльнике мешок для белья.</p> <p>III Окончание процедуры:</p> <p>1) Удобно расположить пациента в постели. Осторожно поместить подушку обратно.</p> <p>2) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.</p> <p>3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>4) Уточнить у пациента его самочувствие.</p> <p>5) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации</p>
<p>7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p>	<p>В ходе процедуры необходимо контролировать состояние имеющихся дренажных трубок, катетеров, повязок.</p> <p>Если пациент не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с одним-двумя помощниками. При этом голова и таз пациента держатся "на весу" и грязная простыня скатывается под ним сверху вниз</p>
<p>8 Достигаемые результаты и их оценка</p>	<p>Пациент лежит на чистом белье</p>

<p>9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p>	<p>Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему врачом, медицинской сестрой, фельдшером или акушеркой, включает сведения о цели данного действия. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на смену постельного белья не требуется, так как данное действие не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента</p>
<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии.</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>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ врача - 1,0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 3,0</p>
<p>12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Отсутствует</p>

13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют
---	-------------

## **29 Технология выполнения простой медицинской услуги "Пособие по смене белья и одежды тяжелобольному"**

Технология пособия по смене белья и одежды тяжелобольному входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.31.006.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 26.

Таблица 26 - ТПМУМСУ "Пособие по смене белья и одежды тяжелобольному"

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>Младшая медицинская сестра по уходу. Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело"</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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>Использование перчаток во время процедуры.</p> <p>При выполнении данной услуги может использоваться помощник из числа медицинских работников или родственников пациента</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Стационарные</p>

4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Профилактика заболеваний
<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>Перчатки нестерильные. Комплект чистого нательного белья. Комплект чистой одежды для пациента. Непромокаемый мешок для грязного белья. Клеенчатый фартук</p>
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	

6.1 Алгоритм смены белья и одежды  
тяжелобольному

I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры, получить его согласие.
- 2) Приготовить комплект чистого нательного белья и одежды.
- 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 4) Надеть перчатки.

II Выполнение процедуры:

- 1) Опустить поручни, оценить положение и состояние пациента. При необходимости - установить ширму.
- 2) Помочь пациенту сесть на край кровати.
- 3) Помочь пациенту снять рубашку (платье). Если одна рука повреждена или производится инфузия, надо начать с другой руки. Осторожно проносить рукав над поврежденной рукой (иглой, катетером). При внутривенном вливании флакон с раствором снимается со штатива и проносится через рукав.
- 4) Помочь пациенту снять нижнее белье.
- 5) Укрыть пациента простыней.
- 6) Помочь пациенту надеть чистую рубашку (ночную рубашку, пижамную куртку) сначала на поврежденную конечность.
- 7) Помочь пациенту снять носки.
- 8) Помочь пациенту лечь в постель, поправить простыню.
- 9) Помочь пациенту снять брюки, нижнее белье.

10) Помочь пациенту надеть чистое белье, носки и брюки.

III Окончание процедуры:

1) Удобно расположить пациента в постели, накрыть одеялом

2) Поместить грязную одежду в мешок для грязного белья.

3) Протереть стул или тумбочку, где располагалось грязное белье и одежда, влажной ветошью.

4) Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции.

5) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

6) Уточнить у пациента его самочувствие.

7) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации

<p>7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p>	<p>В ходе смены нательного белья и одежды не стоит обнажать пациента (нужно прикрывать его простыней). Следует обеспечивать его безопасность (страховка от падения). Необходимо поощрять пациента активно участвовать в процедуре, разговаривать с ним (поддержание личного достоинства, восполнение потребности в общении).</p> <p>Если пациент не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с одним-двумя помощниками. При этом один помощник осторожно поднимает голову и плечи пациента, а медицинская сестра одна или со вторым помощником снимает рубашку через голову, затем с рук пациента и надевает ему чистую рубашку в обратном порядке</p>
<p>8 Достижимые результаты и их оценка</p>	<p>Пациент одет в чистое белье</p>
<p>9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p>	<p>Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему врачом, медицинской сестрой, фельдшером или акушеркой, включает сведения о цели данного действия. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на смену белья и одежды не требуется, так как данное действие не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента</p>

10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики	Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии.  Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации.  Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения).  Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги
11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги	Коэффициент УЕТ врача - 0.  Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 3,0
12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствует
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

### **30 Технология выполнения простой медицинской услуги "Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольного"**

Технология ухода за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольных входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.31.007.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 27.

Таблица 27 - ТПМУМСУ "Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольного"

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". Младшая медицинская сестра по уходу</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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>Использование перчаток во время процедуры</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Амбулаторно-поликлинические.</p> <p>Стационарные</p>
<p>4 Функциональное назначение простой медицинской услуги</p>	<p>Лечение заболеваний.</p> <p>Профилактика 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>Судно.</p> <p>Зажим (корнцанг или пинцет).</p> <p>Водный термометр</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Нестерильные перчатки.</p> <p>Клеенка.</p> <p>Салфетки марлевые (тампоны).</p> <p>Фартук клеенчатый.</p> <p>Емкость для воды.</p> <p>Мыльный раствор.</p> <p>Ширма (если процедура выполняется в общей палате)</p>
<p>6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p>	

6.1 Алгоритм манипуляции	выполнения	I Подготовка к процедуре:  1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры, получить его согласие.  2) Отгородить пациента ширмой (при необходимости).  3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.  4) Надеть клеенчатый фартук, перчатки.  5) Налить в емкость теплую воду (35°С-37°С).  6) Положить пациента на спину, по возможности согнуть ноги в коленях и слегка развести в тазобедренных суставах. Подложить под пациента клеенку.
--------------------------	------------	---

## II Выполнение процедуры:

### а) У женщин

1) Подставить под крестец пациентки судно.

2) Встать сбоку от пациентки, в одну руку взять емкость с теплой водой, в другую руку зажим с марлевым тампоном (салфеткой).

3) Поливать из емкости на половые органы женщины. Последовательно обработать наружные половые органы в направлении к анальному отверстию: область лобка, наружные (большие) половые губы, паховые складки, промежность, область анального отверстия, межягодичную складку. Салфетки менять по мере загрязнения.

4) Просушить марлевыми салфетками (тампонами) в той же последовательности.

5) Использованные марлевые салфетки поместить в контейнер для дезинфекции.

### б) У мужчин

1) Поставить судно.

2) Встать сбоку от пациента, смочить салфетку (варежку) водой.

3) Аккуратно отодвинуть пальцами левой руки крайнюю плоть, обнажить головку полового члена.

4) Обработать головку полового члена, кожу полового члена, мошонку, паховые складки, область заднего прохода, межягодичную складку. Менять салфетки по мере загрязнения.

5) Просушить в той же

	<p>последовательности.</p> <p>6) Убрать салфетки в контейнер для дезинфекции.</p> <p>III Окончание процедуры:</p> <p>1) Убрать судно, клеенку.</p> <p>2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>3) Уложить пациента(ку) удобно, накрыть его (ее) простыней, одеялом.</p> <p>4) Уточнить у пациента его самочувствие.</p> <p>5) Подвергнуть использованный материал, в том числе и перчатки, дезинфекции.</p> <p>6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации</p>
<p>7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p>	<p>Процедура выполняется тяжелобольным пациентам, находящимся на строгом постельном и постельном режиме.</p> <p>Подмывание проводится 2 раза в сутки, а также после каждого акта дефекации у всех больных, у женщин после каждого мочеиспускания.</p> <p>Естественные складки у тучных людей обрабатывать при увлажнении - присыпкой, при сухости кожи пользоваться увлажняющим кремом</p>

<p>8 Достижимые результаты и их оценка</p>	<p>Кожа промежности и наружных половых органов чистая.</p> <p>Опрелостей нет.</p> <p>Пациент (родственники) удовлетворены качеством получаемой услуги</p>
<p>9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p>	<p>Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре (если он находится в сознании). Информация, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели данной процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется</p>
<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии.</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> <p>Отсутствие осложнений во время и после процедуры</p>

11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги	Коэффициент УЕТ врача - 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 2,0
12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствует
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

### **31 Технология выполнения простой медицинской услуги "Уход за пупочной ранкой новорожденного"**

Технология ухода за пупочной ранкой новорожденного входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.31.008.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 28.

Таблица 28 - ТПМУМСУ "Уход за пупочной ранкой новорожденного"

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>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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>Использование перчаток во время процедуры</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Амбулаторно-поликлинические.</p> <p>Стационарные</p>
<p>4 Функциональное назначение простой медицинской услуги</p>	<p>Профилактика заболеваний</p>
<p>5 Материальные ресурсы</p>	

<p>5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения</p>	<p>Стерильная пипетка. Стерильный пинцет. Лоток</p>
<p>5.2 Реактивы</p>	<p>Отсутствуют</p>
<p>5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты</p>	<p>Отсутствуют</p>
<p>5.4 Продукты крови</p>	<p>Отсутствуют</p>
<p>5.5 Лекарственные средства</p>	<p>3%-ный раствор перекиси водорода - 50 мл. 70%-ный этиловый спирт - 10 мл. Антисептик для обработки пупочной ранки. Дезинфицирующее средство</p>
<p>5.6 Прочий расходный материал</p>	<p>Стерильные ватные палочки. Мыло. Стерильные ватные шарики. Нестерильные перчатки. Стерильные перчатки. Ветошь. Стерильный халат. Стерильные марлевые салфетки</p>
<p>6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p>	

|

||

|

6.1 Алгоритм ухода за пупочной ранкой новорожденного

I Подготовка к процедуре:

1) Идентифицировать младенца и его мать, представиться маме (или другим родственникам новорожденного), объяснить цель и ход предстоящей процедуры, получить согласие. В случае отсутствия такового уточнить действия у врача.

2) Подготовить необходимое оснащение.

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

4) Распеленать ребенка в кроватке (или на нестерильном пеленальном столе). Внутреннюю пеленку развернуть, не касаясь кожи ребенка руками.

II Выполнение процедуры:

1) Хорошо растянуть края пупочной ранки указательным и большим пальцами левой руки.

2) С помощью пипетки или ватного тампона, взятого пинцетом, обильно покрыть пупочную ранку 3%-ным раствором перекиси водорода.

3) Через 20-30 с просушить ранку, тушируя ее сухим стерильным ватным шариком с помощью пинцета. Шарики/тампоны поместить в лоток.

4) Обработать ранку и кожу вокруг пинцетом с ватным тампоном, смоченным 70%-ным этиловым спиртом (движением изнутри наружу).

5) Другим ватным тампоном, смоченным в антисептике, обработать только ранку, не касаясь кожи.

	<p>III Окончание процедуры:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Использованные материалы и перчатки подвергнуть дезинфекции.</li> <li>2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</li> <li>3) Запеленать ребенка.</li> <li>4) Рабочую поверхность столика обработать дезинфектантом.</li> <li>5) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации</li> </ol>
<p>7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p>	<p>Обязательное условие: при обработке пупочной ранки обязательно растягивать ее края (даже при образовавшейся корочке)</p>
<p>8 Достигаемые результаты и их оценка</p>	<p>Отсутствие видимых изменений (раздражений) со стороны пупочной ранки новорожденного</p>
<p>9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p>	<p>Мать (законные представители) новорожденного должна быть информирована о предстоящей процедуре. Информация, сообщаемая ей медицинским работником, включает сведения о цели и ходе данной процедуры. Письменного подтверждения согласия матери или других родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья ребенка.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется</p>

<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии.</p> <p>Отсутствие осложнений во время и после проведения процедуры.</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>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ врача - 0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 2,0</p>
<p>12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Отсутствует</p>
<p>13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p>	<p>Отсутствуют</p>

## 32 Технология выполнения простой медицинской услуги "Пеленание новорожденного"

Технология пеленания новорожденного входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.31.009.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 29.

Таблица 29 - ТПМУМСУ "Пеленание новорожденного"

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>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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</p>
<p>4 Функциональное назначение простой медицинской услуги</p>	<p>Профилактика заболеваний</p>
<p>5 Материальные ресурсы</p> <p>5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения</p>	<p>Пеленальный столик с матрасом</p>

5.2 Реактивы	Отсутствуют
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4 Продукты крови	Отсутствуют
5.5 Лекарственные средства	Отсутствуют
5.6 Прочий расходный материал	Комплект стерильных пеленок и распашонок. Водонепроницаемый обеззараженный фартук
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	

6.1 Алгоритм пеленания новорожденного	пеленания	<p>а) Пеленание новорожденного в родовспомогательном учреждении</p> <p>Примечание - Способы пеленания новорожденного приведены в приложении Б (рисунки Б.1-Б.4).</p> <p>I Подготовка к пеленанию:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Обработать руки гигиеническим способом, осушить, надеть фартук.</li><li>2) Проверить дату стерилизации пеленок, вскрыть стерильный мешок для пеленания.</li><li>3) Расстелить на пеленальном столе (предварительно прошедшим дезинфекцию) четыре пеленки: первую фланелевую; вторую пеленку сложить по диагонали и положить сгибом вверх выше уровня первой пеленки на 15 см (для изготовления косынки) или сложить вдвое по длине и положить выше уровня первой пеленки для изготовления шапочки; третью пеленку ситцевую; четвертую пеленку ситцевую сложить вчетверо длинным прямоугольником для изготовления подгузника (вместо нее можно использовать подгузники (например, "Памперс", "Либеро", "Хаггис" и др.)*.</li><li>4) Для изготовления шапочки сложенный край необходимо подвернуть кзади на 15 см. Углы верхнего края пеленки сдвинуть к центру, соединить их. Нижний край сложить несколько раз до нижнего края шапочки. Положить на уровне верхнего края первой пеленки.</li></ol>
---------------------------------------	-----------	---

## II Выполнение процедуры:

1) Распеленать новорожденного в кроватке или на нестерильном столе. Внутреннюю пеленку развернуть, не касаясь кожи ребенка руками.

2) Взять ребенка на руки, уложить на приготовленные пеленки на пеленальном столе.

3) Провести четвертую пеленку (подгузник) между ног ребенка, ее верхний край разместить в подмышечной области с одной стороны.

4) Краем третьей пеленки с той же стороны накрыть и зафиксировать плечо, переднюю часть туловища ребенка и подмышечную область с другой стороны. Противоположным краем пеленки накрыть и зафиксировать второе плечо ребенка. Нижним ее краем отделить стопы одна от другой. Избыток пеленки снизу рыхло свернуть и проложить между стоп ребенка.

5) Надеть шапочку или косынку, изготовленную из второй пеленки.

6) Зафиксировать все предыдущие слои и шапочку (косынку) первой пеленкой. Нижний конец ее завернуть вверх и обвести вокруг туловища ребенка на 3-4 см ниже сосков и закрепить сбоку, подвернув уголок пеленки за ее туго натянутый край.

б) Широкое пеленание (закрытый способ)

#### I Подготовка к пеленанию:

1) Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика), надеть фартук.

2) Проверить дату стерилизации пеленок, вскрыть стерильный мешок для пеленания.

3) Расстелить на пеленальном столе четыре пеленки: первую фланелевую и вторую ситцевую пеленки на одном уровне, третью пеленку ситцевую на 10 см ниже и четвертую пеленку ситцевую сложить вчетверо длинным прямоугольником для изготовления подгузника (вместо нее можно использовать подгузники (например, "Памперс", "Либеро", "Хаггис" и др.).

#### II Выполнение процедуры:

1) Распеленать новорожденного в кроватке или на "нестерильном" столе. Внутреннюю пеленку развернуть, не касаясь кожи ребенка руками.

2) Взять ребенка на руки, уложить на приготовленные пеленки на пеленальном столе.

3) Провести четвертую пеленку (подгузник) между ног ребенка, ее верхний край разместить в подмышечной области с одной стороны.

4) Из третьей пеленки сделать "штанишки". Для этого провести верхний край третьей пеленки на уровне подмышечных впадин, чтобы ноги ребенка были открытыми выше уровня колен. Нижний край провести между ног, плотно прижать им подгузник к ягодицам ребенка и закрепить вокруг туловища.

5) Краем второй пеленки покрыть и зафиксировать плечи с обеих сторон,

нижний край проложить между стоп ребенка, отделив их и голени одну от другой.

б) Первой пеленкой зафиксировать все предыдущие слои и закрепить пеленание.

в) Широкое пеленание (открытый способ)

I Подготовка к пеленанию:

1) Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика), надеть фартук.

2) Проверить дату стерилизации пеленок, вскрыть стерильный мешок для пеленания.

3) Расстелить на пеленальном столе четыре пеленки на одном уровне: первую фланелевую, вторую ситцевую, третью пеленку ситцевую, четвертую пеленку-подгузник и фланелевую распашонку. Выложить на стол ситцевую распашонку.

## II Выполнение процедуры:

1) Распеленать новорожденного в кроватке или на нестерильном столе. Внутреннюю пеленку развернуть, не касаясь кожи ребенка руками.

2) Взять ребенка на руки, уложить на приготовленные пеленки на пеленальном столе.

3) Одеть ребенка в ситцевую распашонку разрезом назад, затем во фланелевую разрезом вперед. Подвернуть край распашонок вверх на уровне пупочного кольца.

4) Провести четвертую пеленку (подгузник) между ног ребенка, ее верхний край разместить в подмышечной области с одной стороны.

5) Из третьей пеленки сделать "штанишки". Для этого провести верхний край третьей пеленки на уровне подмышечных впадин, чтобы ноги ребенка были открытыми выше уровня колен. Нижний край провести между ног, плотно прижать им подгузник к ягодицам ребенка и закрепить вокруг туловища.

6) Вторую пеленку закрепить сверху, как третью, нижний край проложить между стоп ребенка.

7) Первой пеленкой зафиксировать все предыдущие слои и закрепить пеленание.

	<p>III Окончание процедуры:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Уложить ребенка в кроватку.</li> <li>2) Провести мероприятия по обработке и дезинфекции использованного оснащения.</li> <li>3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</li> <li>4) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации</li> </ol>
<p>7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p>	<p>При недостаточной температуре воздуха в палате необходимо использовать дополнительно одну-две пеленки, сложенные вчетверо и размещенные "ромбом" после второй или третьей пеленки.</p> <p>Перед кормлением для предупреждения контакта пеленок новорожденного с постельным бельем матери необходимо использовать еще одну пеленку. Ее следует расстелить ромбом, положить ребенка, завернутого в пеленки, по диагонали. Боковые углы ромба завернуть на животе под спину, нижний конец пеленки - по средней линии под угол, образованный боковыми ее частями</p>
<p>8 Достижимые результаты и их оценка</p>	<p>Новорожденный ухожен, не показывает признаков беспокойства</p>

<p>9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p>	<p>Мать или иные родственники новорожденного должны быть информированы о предстоящей процедуре. Информация, сообщаемая им медицинским работником, включает сведения о цели и ходе данной процедуры. Письменного подтверждения согласия матери или иных родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья ребенка.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется</p>
<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации.</p> <p>Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения).</p> <p>Удовлетворенность матери новорожденного качеством предоставленной медицинской услуги.</p> <p>Отсутствие отклонений от алгоритма технологии</p>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ врача - 0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 0,5</p>
<p>12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Схематическое представление способов пеленания новорожденного приведено в приложении Б (рисунки Б.1-Б.4).</p>

13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют
---	-------------

\* Данные приведены для удобства пользователей и не являются рекламой.

## **33 Технология выполнения простой медицинской услуги "Уход за дренажом"**

Технология ухода за дренажом входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.31.010. Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 30.  
Таблица 30 - ТПМУМСУ "Уход за дренажом"

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", "Сестринское дело".</p> <p>Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: "Лечебное дело", направление подготовки "Сестринское дело (бакалавр)".</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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>Использование перчаток во время процедуры</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Стационарные.</p> <p>Амбулаторно-поликлинические</p>

4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний
5 Материальные ресурсы	
5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	<p>Стол перевязочный (при выполнении манипуляции в положении лежа).</p> <p>Фонендоскоп.</p> <p>Система для дренирования грудной клетки.</p> <p>Аппарат для отсоса (монтируемый на стену или портативный).</p> <p>Мини-спайк (фильтр-пробка) для флакона.</p> <p>Пластырь шириной 5 см.</p> <p>Емкость для сбора извлекаемой жидкости (аппарат Боброва, одноразовый контейнер, система по Бюлау).</p> <p>Зажим.</p> <p>Пинцет.</p> <p>Стерильные ножницы.</p> <p>Стерильный шпатель.</p> <p>Лоток.</p> <p>Патентованная клеевая повязка</p>
5.2 Реактивы	Отсутствуют
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4 Продукты крови	Отсутствуют

<p>5.5 Лекарственные средства</p>	<p>Антисептик для промывания дренажа.</p> <p>70%-ный этиловый спирт - 5 мл.</p> <p>Стерильный физиологический раствор 0,9%-ный - 500 мл.</p> <p>Стерильный гипертонический раствор.</p> <p>Повидон-йод.</p> <p>Перекись водорода 3%-ная</p>
<p>5.6 Прочий расходный материал</p>	<p>Перчатки нестерильные.</p> <p>Пластырь шириной 5 см.</p> <p>Стерильные перчатки.</p> <p>Салфетки стерильные.</p> <p>Бинт.</p> <p>Фартук.</p> <p>Маска.</p> <p>Полотенце.</p> <p>Секундомер или часы с секундомером.</p> <p>Шпатель.</p> <p>Стул (при выполнении манипуляции в положении сидя)</p>
<p>6 Характеристика выполнения медицинской услуги методики простой</p>	

## 6.1 Алгоритм ухода за дренажом

### Плевральный дренаж

#### I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры, уточнить, испытывает ли он какой-либо дискомфорт от дренажа (если пациент в сознании), и определить необходимость изменений, получить согласие на процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 3) Подготовить необходимое оснащение и оборудование.
- 4) Открыть емкость с физиологическим раствором или с дистиллированной водой.
- 5) Развернуть систему дренирования (стерильные резиновые трубки с контрольным стеклом).

## II Выполнение процедуры:

1) Налить раствор антисептика в емкости для сбора содержимого плевральной полости:

при использовании системы дренирования по Бюлау (объем раствора указан в назначении врача или до линии, обозначенной на емкости).

2) Надеть перчатки и присоединить свободный конец трубчатого дренажа, выходящий из плевральной полости, к системе для проведения дренирования:

при смене дренажной системы перед ее отсоединением, для профилактики пневмоторакса, необходимо наложить зажим на конец плеврального дренажа или попросить пациента сделать вдох и задержать дыхание. В это время быстро произвести замену дренажной системы.

3) Отрегулировать скорость эвакуации содержимого плевральной полости (по частоте выделяемых пузырьков в емкости для сбора жидкости дренажной системы).

## III Окончание процедуры:

1) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.

2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

3) Придать пациенту удобное положение; кнопка вызова должна находиться в пределах досягаемости.

4) Уточнить у пациента его самочувствие.

5) Сделать запись в медицинской документации о выполнении назначенной врачом манипуляции.

6.2 Алгоритм ухода за плевральной дренажной трубкой

I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры, уточнить, испытывает ли он какой-либо дискомфорт от дренажа (если пациент в сознании) и определить необходимость изменений. Получить информированное согласие. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 2) Помочь пациенту лечь на перевозочный стол.
- 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 4) Подготовить необходимое оснащение и оборудование.
- 5) Надеть перчатки.

## II Выполнение процедуры:

1) Снять пинцетом повязку вокруг дренажа, поместить ее в емкость для отработанного материала.

2) Обработать кожу вокруг дренажа антисептиком, салфеткой на пинцете (в направлении от дренажа).

3) Наложить вокруг дренажа стерильные салфетки, не менее трех слоев, зафиксировать пластырем или патентованной клеевой повязкой.

4) Каждые 1-2 ч (или как указано в назначении врача) необходимо контролировать:

- работу дренажной системы;

- скорость выхода пузырьков из плеврального дренажа в емкость, колебание жидкости в гидравлической емкости при дыхании, объем извлекаемой жидкости, данные фиксировать в медицинской документации;

- состояние основных физиологических параметров пациента: АД, пульс, ЧДД;

- состояние повязки вокруг дренажа (качество фиксации, загрязнение).

5) При прекращении дренирования или замедлении его скорости использовать процедуры, принятые в данном лечебном учреждении:

"Сдаивание":

- правой рукой прижать дренаж пальцами к ладони у места выхода его из плевральной полости;
- левой рукой сжать дренаж чуть ниже правой руки;
- отпустить правую руку и зажать дренаж чуть ниже левой руки;
- передвигать руки таким образом по дренажу до емкости для сбора жидкости.

"Скользящее сдавление":

- левой рукой сжать дренаж у места выхода его из плевральной полости;
- пальцы правой кисти смазать мазью или вазелиновым маслом и зажать дренаж чуть ниже левой руки;
- скользящим движением пальцев правой кисти провести вниз по дренажу к емкости дренажной системы;
- разжать пальцы левой кисти, затем правой. Повторить указанные движения 2-3 раза.

При отсутствии эффекта от проводимых действий сообщить врачу о выявленных нарушениях в работе дренажной системы.

### III Окончание процедуры:

- 1) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.
- 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 3) Придать пациенту удобное положение; кнопка вызова должна находиться в пределах досягаемости.
- 4) Уточнить у пациента его самочувствие.
- 5) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.

6.3 Алгоритм ухода за дренажом и раной

I Подготовка к процедуре:

1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры, уточнить, испытывает ли он какой-либо дискомфорт от дренажа (если пациент в сознании) и определить необходимость изменений. Получить добровольное информированное согласие, в случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

2) Помочь пациенту лечь на перевязочный стол.

3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

4) Подготовить необходимое оснащение и оборудование.

5) Надеть перчатки.

II Выполнение процедуры:

1) Пинцетом снять повязку. Если она не удаляется, смочить ее небольшим количеством раствора антисептика.

2) Стерильным пинцетом снять нижний слой повязки, не нарушая положение дренажа. Поместить использованный материал в емкость для дезинфекции.

3) Оценить состояние раны: наличие симптомов воспаления, характер отделяемого, его запах, соприкосновение краев раны.

4) Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции (или пластиковый пакет при выполнении процедуры в палате).

5) Обработать руки антисептиком.

6) Подготовить упаковку с новыми перевязочными материалами (салфетками).

7) Налить стерильный раствор для промывания раны в емкость для растворов.

8) Надеть стерильные перчатки.

9) Обработать края раны и кожу вокруг нее антисептиком, тампоном на пинцете (по направлению от раны) периодически меняя тампоны.

При обработке кожи под дренажом поддерживать дренаж в вертикальном положении с помощью зажима. В плевральную область вводится антибиотик. Шприцем Жанэ отсасывается содержимое плевральной полости и одновременно удаляется дренаж, прижимая края раны друг к другу и накладывается шов.

10) Для удаления дренажа необходимо снять швы, расположенные возле дренажа и только затем выдвинуть его наружу или полностью извлечь с помощью зажима. Извлеченный дренаж поместить в емкость для дезинфекции.

11) Осушить рану стерильными салфетками.

12) По назначению врача нанести на рану мазь или другое лекарственное средство стерильным шпателем.

13) Наложить стерильную повязку слоями под дренаж или вокруг него.

14) Зафиксировать повязку пластырем или бинтом.

III Окончание процедуры:

1) Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.

2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

- 3) Придать пациенту удобное положение; кнопка вызова должна находиться в пределах досягаемости.
- 4) Уточнить у пациента его самочувствие.
- 5) Сделать запись в медицинской документации о результатах выполнения процедуры

7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики

Отсутствуют

8 Достигаемые результаты и их оценка

Самостоятельное дыхание пациента не затруднено.

Частота дыхания в пределах нормы.

Частота дыхания	Оценка результатов
20-21	Норма
Менее 17	Брадипное
Более 22	Тахипное

У пациента отсутствуют болевые ощущения, сохранена способность выполнять гигиенические процедуры, принимать пищу, совершать физиологические отправления.

У пациента отмечается заживание раны и восстановление функции поврежденной части тела

<p>9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p>	<p>Пациента или его родителей/законных представителей (для детей до 15 лет) необходимо информировать о предстоящей манипуляции по уходу за дренажом. Информация о выполнении манипуляции, сообщаемая ему врачом, или медсестрой, или фельдшером включает сведения о цели данной процедуры.</p> <p>Требуется письменное подтверждение согласия пациента ли его родственников (доверенных лиц) на выполнение данной процедуры, так как данный лечебный метод является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента</p>
<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Отсутствие осложнений во время и после проведения процедуры.</p> <p>Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии.</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>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ врача - 0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 2,0</p>
<p>12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Отсутствует</p>

13	Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют
----	--	-------------

## **34 Технология выполнения простой медицинской услуги "Оценка интенсивности боли"**

Технология оценки интенсивности боли входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.31.014.

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 31.

Таблица 31 - 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>
<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.</p> <p>Стационарные.</p> <p>Транспортные</p>

4		Функциональное назначение простой медицинской услуги	Диагностика заболеваний
5		Материальные ресурсы	
5.1		Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Отсутствуют
5.2		Реактивы	Отсутствуют
5.3		Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4		Продукты крови	Отсутствуют
5.5		Лекарственные средства	Отсутствуют
5.6		Прочий расходный материал	<p>Визуально-аналоговая шкала оценки боли.</p> <p>Вопросник Мак-Гилла по определению степени выраженности болевого синдрома.</p> <p>Вербально-рейтинговая шкала оценки боли.</p> <p>Числовая шкала оценки боли.</p> <p>Комбинированная шкала оценки боли</p>
6		Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	

I

II

I

## 6.1 Алгоритм оценки интенсивности боли

### I 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 дальнейшие действия у врача.

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.

3) Убедиться в возможности речевого контакта с пациентом, учитывая тяжесть состояния, возраст, уровень сознания, нарушения речи, наличие/отсутствие языкового барьера. При невозможности речевого контакта с пациентом диагностировать и документировать невербальные признаки болевого синдрома (маркеры боли).

4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

### II Выполнение процедуры:

1) При наличии ясного сознания и возможности речевого контакта провести оценку уровня боли на диагностическом уровне:

- спросить у пациента о наличии боли.

а) При подтверждении пациентом наличия болевого синдрома:

1) Предложить пациенту оценить интенсивность боли по 5-балльной шкале.

2) Выяснить локализацию боли.

3) Выяснить иррадиацию боли.

4) Выяснить продолжительность боли.

5) Выяснить характер боли.

6) Полученные результаты документировать. Зоны боли описать в терминах топографической анатомии или отметить на схематическом изображении человеческого тела.

б) При отрицании пациентом наличия болевого синдрома документировать в медицинской документации факт отсутствия боли в момент осмотра.

в) При проведении повторного исследования уровня боли (динамический мониторинг уровня боли) провести оценку уровня боли на уровне динамической оценки.

1) Предложить пациенту отметить текущий уровень боли на 10-балльной шкале визуально-аналогового контроля.

2) Попросить пациента отметить на той же шкале уровень боли на момент предыдущего осмотра.

3) Оценить положительную/отрицательную динамику субъективной оценки болевого синдрома в абсолютных и/или относительных показателях.

4) Полученные результаты документировать.

г) При проведении первичной оценки уровня боли, а также при изменении характера болевого синдрома провести оценку уровня боли на описательном уровне:

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).

III Окончание процедуры:

1) Ознакомить пациента с полученными результатами.

2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

3) Сделать соответствующую запись о результатах

выполнения в медицинской документации.

4) При отказе пациента от проведения оценки, а также при наличии подозрений в истинности предоставляемых данных (симуляция, агравация, диссимуляция) диагностировать и документировать невербальные признаки болевого синдрома (маркеры боли)

7      Дополнительные  
сведения                    об  
особенностях  
выполнения методики

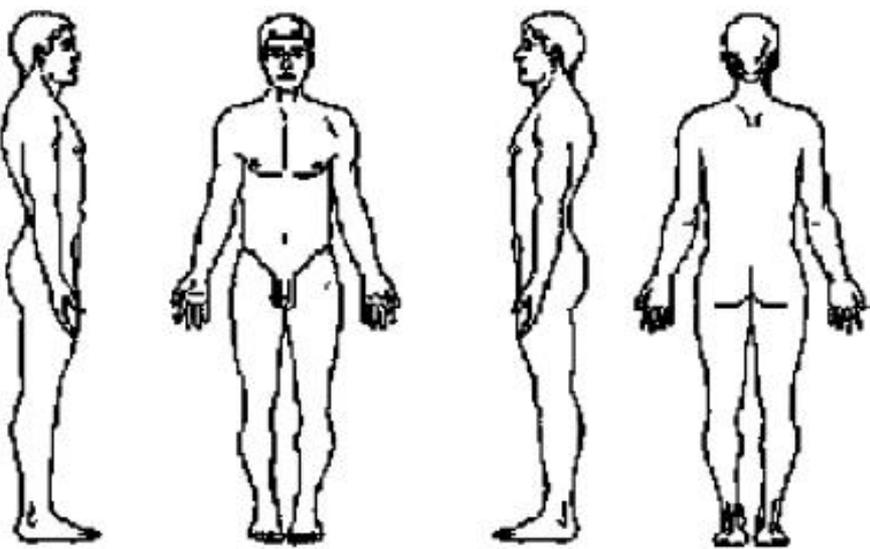
При проведении оценки уровня боли по шкале Мак-Гилла (McGill) необходимо попросить пациента отметить одно слово, которое наиболее точно отражает его болевые ощущения в любых (не обязательно во всех) классах оценочной шкалы.

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:

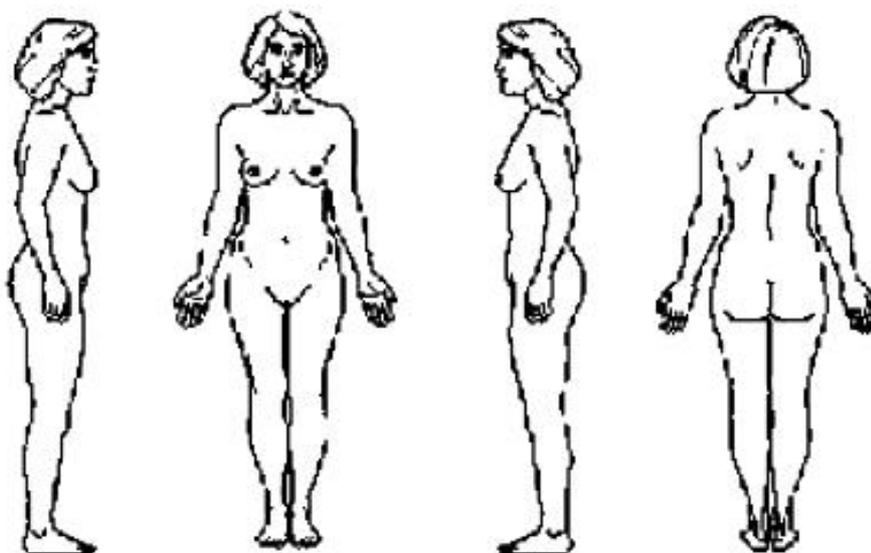
- влажная кожа;
- тахикардия и тахипноэ, не связанные с заболеванием;
- слезы, влажные глаза;
- расширение зрачков;
- вынужденная поза;
- характерная мимика: сжатые зубы, напряжение мимической мускулатуры лица (нахмуренный лоб, поджатые губы);
- прижатие рукой места локализации боли, поглаживание и растирание 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>

<p>12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Отсутствует</p>
---	--------------------

<p>13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p>	<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> 
--	---

4 Образец схематического изображения женского тела для графического обозначения зон болевого синдрома

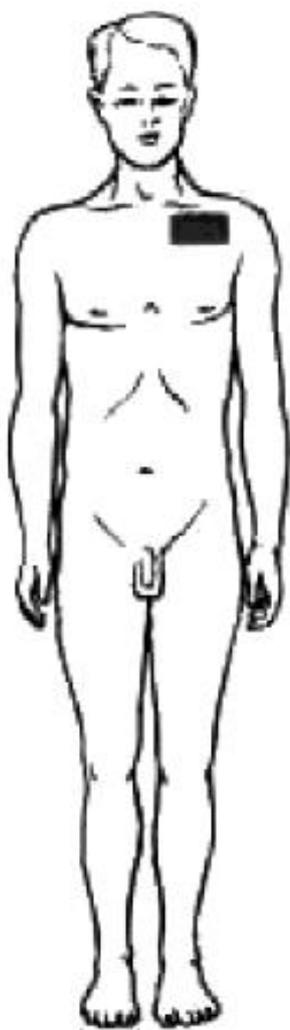


5 Вопросник (анкета) McGill по определению степени выраженности болевого синдрома (R. Melzack 1996) приведен в приложении В

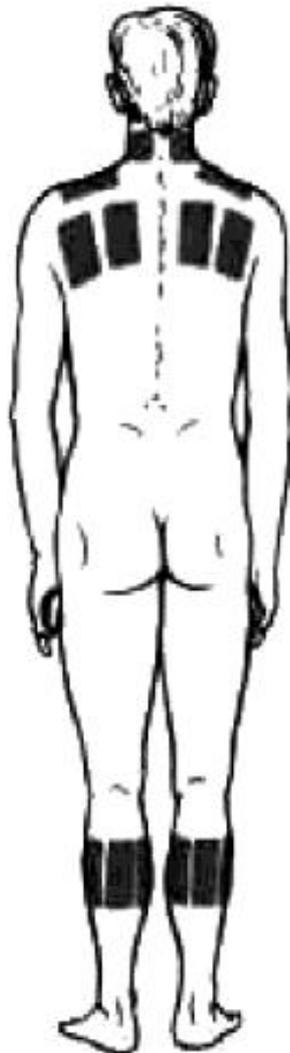
## Приложение А (рекомендуемое). Области наложения горчичников

Приложение А  
(рекомендуемое)

**Рисунок А.1 - Области наложения горчичников**



а) слева;



Вид:

б) сзади;



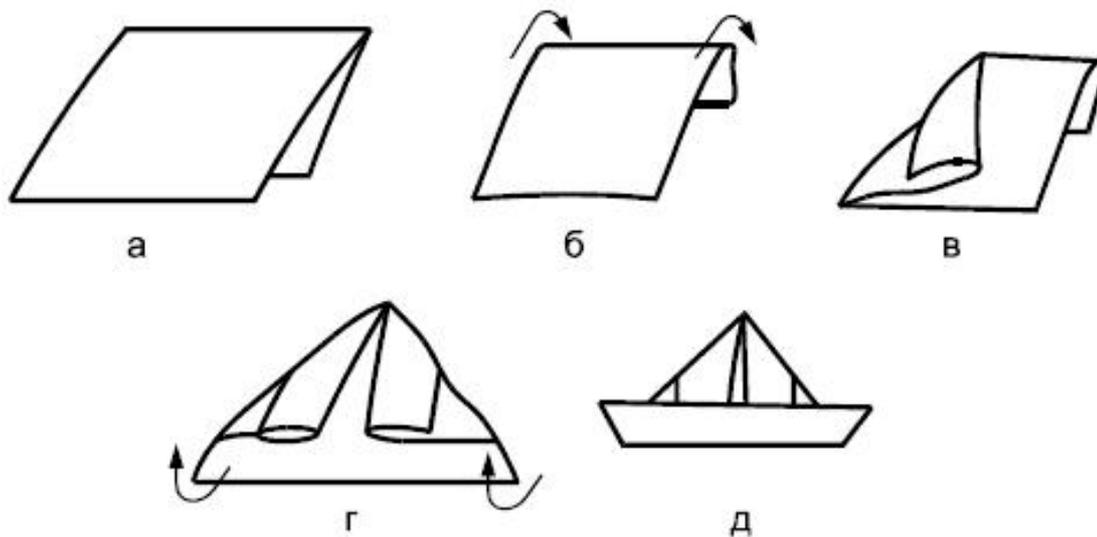
в) справа

Рисунок А.1

## Приложение Б (рекомендуемое). Способы пеленания новорожденного

Приложение Б  
(рекомендуемое)

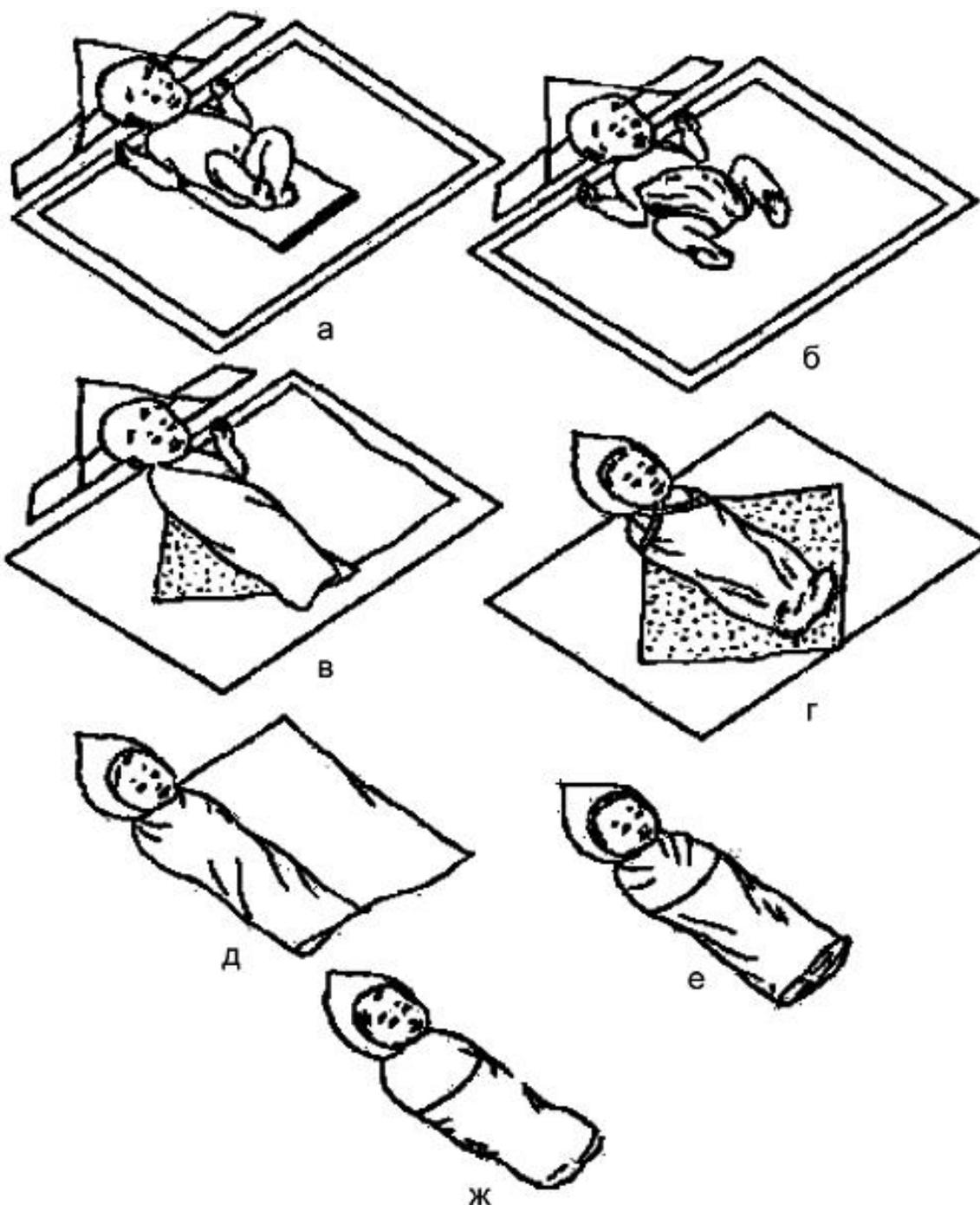
**Рисунок Б.1 - Изготовление шапочки для новорожденного**



а - складывание пеленки вдвое по длине, б - подворачивание сложенного края пеленки, в - сдвигание верхнего края пеленки к центру, г - складывание нижнего края пеленки, д - изготовленная шапочка

Рисунок Б.1 - Изготовление шапочки для новорожденного

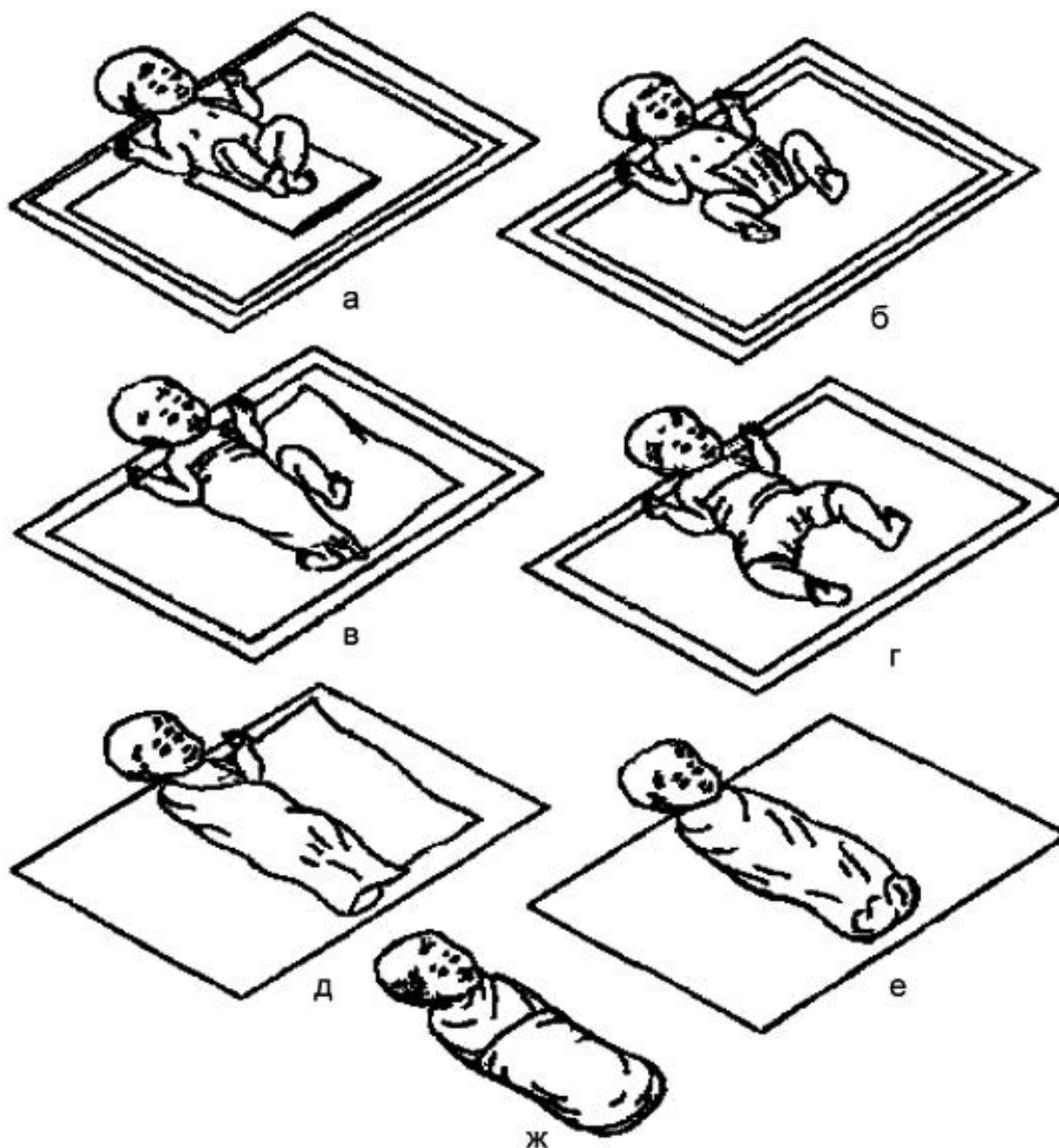
## Рисунок Б.2 - Пеленание в родовспомогательном учреждении



а - последовательность размещения пеленок, "шапочки", б - проведение подгузника между ног ребенка, в, г - пеленание туловища и конечностей с отделением стоп, фиксация "шапочки" (косынки), д, е, ж - фиксация предыдущих слоев пеленкой

Рисунок Б.2 - Пеленание в родовспомогательном учреждении

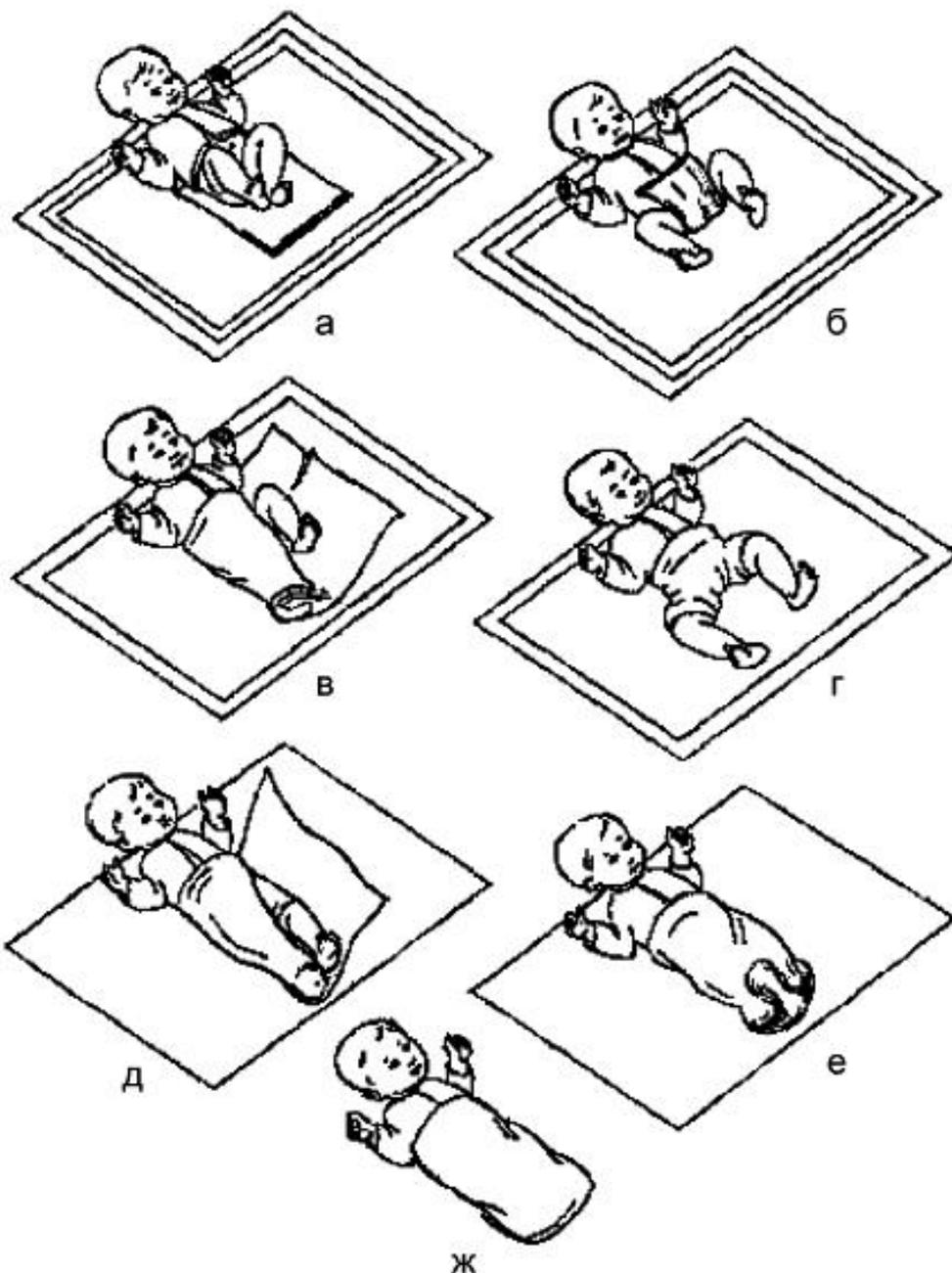
### Рисунок Б.3 - Широкое пеленание (закрытый способ)



а - последовательность размещения пеленок, б - проведение подгузника между ног ребенка, в, г - фиксация подгузника пеленкой ("штанишками"), д - пеленание туловища и конечностей, е - отделение пеленкой голени и стоп, ж - фиксация предыдущих слоев наружной пеленкой

Рисунок Б.3 - Широкое пеленание (закрытый способ)

## Рисунок Б.4 - Широкое пеленание (открытый способ)



а - последовательность размещения пеленок и одевания ситцевой и фланелевой распашонок, б - проведение подгузника между ног ребенка, в, г - фиксация подгузника пеленкой ("штанишками"), д - фиксация предыдущих слоев второй пеленкой, отделение голеней и стоп, е, ж - фиксация предыдущих слоев наружной пеленкой

Рисунок Б.4 - Широкое пеленание (открытый способ)

## Приложение В (рекомендуемое). Вопросник (анкета) McGill по определению степени выраженности болевого синдрома

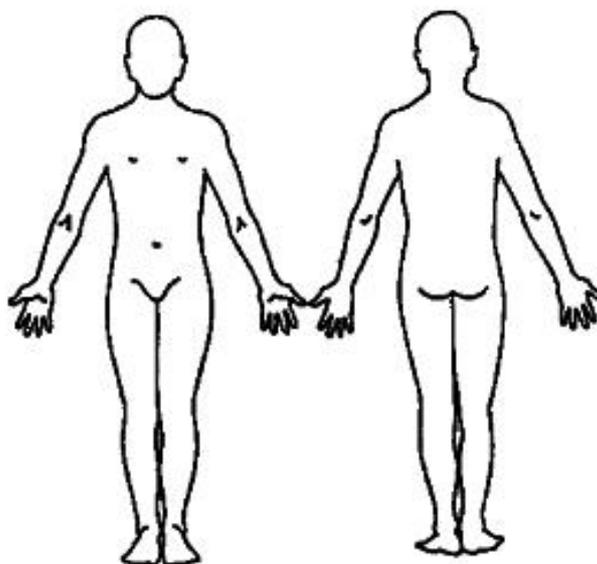
Приложение В  
(рекомендуемое)

ФИО пациента \_\_\_\_\_ Дата исследования \_\_\_\_\_ Время исследования \_\_\_\_\_

РИБ С Э И Р РИБ (сумма) НИБ  
 (1-10) (11-15) (16) (17-20) (1-20)

1 Схватывающая пульсирующая, дергающая, стегаящая, колотящая, долбящая	11 Утомляющая, изнуряющая 12 Тошнотворная, удушающая
2 Боль подобная электрическому разряду, сильному удару тока, выстрелу	13 Тревожащая, страшная, ужасающая
3 Колющая, вливающаяся, сверлящая, буравящая, взрывная	14 Грубая, изнурительная, злая, жестокая, убийственная
4 Острая, полосующая, разрывающая	15 Сокрушительная, ослепляющая
5 Щемящая, давящая, грызущая, стискивающая, раздавливающая	16 Раздражающая, обессиливающая, интенсивная, мучительная, непереносимая
6 Тянущая, выкручивающая, выламывающая	17 Обширная, разлитая, проникающая, пронизывающая
7 Горячая, жгучая, прижигающая, палящая	18 Угнетающая, вводящая в оцепенение, злая, приводящая в ярость, приводящая в отчаянье

Моментальная Краткосрочная Преходящая	Ритмическая Периодическая Переменяющаяся	Длительная Неизменная Постоянная
---	--	--



Н — наружная боль;  
В — внутренняя боль

8 Покалывающая, зудящая, разъедающая, жалящая	19 Холодящая, сковывающая, леденящая
9 Тупая, ноющая, ломящая, разможающая, раскалывающая	20 Мешающая, досаждающая, навязчивая, мучающая, пытающая
10 Распирающая, тянущая, пилящая, разрывающая	НИБ 0 — нет боли 1 — слабая 2 — умеренная 3 — сильная 4 — сильнейшая 5 — непереносимая

Комментарий

Прилагательные, описывающие болевой синдром разделены на 4 основные группы: С - описывающие сенсорные ощущения (1-10), Э - эмоциональные ощущения (11-15), И - интенсивность боли (16), Р - отражающие разнообразие болевого синдрома (17-20). Ранговая значимость для каждого показателя, описывающего болевой синдром основывается на положении показателя в ряду слов. Сумма ранговых показателей определяет ранговый индекс боли (РИБ). Настоящее ощущение интенсивности боли (НИБ) оценивается по шкале от 0 до 5.

---

УДК 616 - 083:006.354    ОКС 11.160    Р24    ОКП 94 4000

Ключевые слова: стандарты, технологии выполнения простых медицинских услуг, манипуляции сестринского ухода

---

Электронный текст документа  
подготовлен АО "Кодекс" и сверен по:  
официальное издание  
М.: Стандартинформ, 2015

ГОСТ Р 52623.4-2015\*

Группа Р24

—

---

\* См. ярлык "Примечания".

НАЦИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ТЕХНОЛОГИИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ  
ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Technologies of simple medical services for invasive interventions

ОКС 11.160

ОКП 94 4000

Дата введения 2016-03-01

Предисловие

1 РАЗРАБОТАН Межрегиональной общественной организацией "Общество фармакоэкономических исследований"

2 ВНЕСЕН Техническим комитетом по стандартизации ТК 466 "Медицинские технологии"

3 УТВЕРЖДЕН И ВВЕДЕН В ДЕЙСТВИЕ [Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии Российской Федерации от 31 марта 2015 г. N 200-ст](#)

#### 4 ВВЕДЕН ВПЕРВЫЕ

*Правила применения настоящего стандарта установлены в [ГОСТ Р 1.0-2012](#) (раздел 8). Информация об изменениях к настоящему стандарту публикуется в ежегодном (по состоянию на 1 января текущего года) информационном указателе "Национальные стандарты", а официальный текст изменений и поправок - в ежемесячном информационном указателе "Национальные стандарты". В случае пересмотра (замены) или отмены настоящего стандарта соответствующее уведомление будет опубликовано в ближайшем выпуске ежемесячного информационного указателя "Национальные стандарты". Соответствующая информация, уведомление и тексты размещаются также в информационной системе общего пользования - на официальном сайте Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии в сети Интернет ([www.gost.ru](http://www.gost.ru))*

#### 1 Область применения

Настоящий стандарт устанавливает требования к выполнению технологий простых медицинских услуг инвазивных вмешательств (далее - ТПМУИВ), 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.

Настоящий стандарт предназначен для применения медицинскими организациями и учреждениями федеральных, территориальных и муниципальных органов управления здравоохранением, системами обязательного и добровольного медицинского страхования, другими медицинскими организациями различных организационно-правовых форм деятельности, направленной на оказание медицинской помощи.

## 2 Нормативные ссылки

В настоящем стандарте использована ссылка на следующий стандарт:

[ГОСТ Р 52623.0-2006](#) Технологии выполнения простых медицинских услуг.

Общие положения.

Примечание - При пользовании настоящим стандартом целесообразно проверить действие ссылочных стандартов в информационной системе общего пользования - на официальном сайте Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии в сети Интернет или по ежегодному информационному указателю "Национальные стандарты", который опубликован по состоянию на 1 января текущего года, и по выпускам ежемесячного информационного указателя "Национальные стандарты" за текущий год. Если заменен ссылочный стандарт, на который дана недатированная ссылка, то рекомендуется использовать действующую версию этого стандарта с учетом всех внесенных в данную версию изменений. Если заменен ссылочный стандарт, на который дана датированная ссылка, то рекомендуется использовать версию этого стандарта с указанным выше годом утверждения (принятия). Если после утверждения настоящего стандарта в ссылочный стандарт, на который дана датированная ссылка, внесено изменение, затрагивающее положение, на которое дана ссылка, то это положение рекомендуется применять без учета данного изменения. Если ссылочный стандарт отменен без замены, то положение, в котором дана ссылка на него, рекомендуется применять в части, не затрагивающей эту ссылку.

## 3 Общие положения

3.1 Настоящий стандарт разработан в соответствии с [ГОСТ Р 52623.0](#) и обеспечивает решение следующих задач при ТПМУИВ:

- установление единых требований к технологиям и структурирование методик их выполнения;
- унификация расчета затрат на выполнение простых медицинских услуг;
- установление единых требований к формированию навыков выполнения простых медицинских услуг на додипломном и последипломном уровнях профессионального медицинского образования;
- оценка качества выполнения простой медицинской услуги.

3.2 ТПМУИВ представляют собой систематизированные своды медицинских правил и условий, технического обеспечения, определяющих порядок и последовательность действий, выполняемых медицинским персоналом со средним профессиональным образованием, а также специалистами с высшим образованием по направлению подготовки "сестринское дело (бакалавр)".

3.3 Технологии выполнения простых медицинских услуг, приведенные в настоящем стандарте, учитывают результаты научных исследований в соответствии с принципами медицины, основанной на доказательствах.

3.4 При наличии у пациента заболевания, требующего дополнительных мер безопасности (лихорадка неясного происхождения, особо опасные инфекции и др.), выполнение простой медицинской услуги дополняют особыми мерами безопасности (маска, защитные очки и др.).

3.5 При последовательном выполнении одному пациенту нескольких простых медицинских услуг (комплекса простых медицинских услуг) из подготовительного этапа технологии выполнения каждой последующей простой медицинской услуги может быть исключена обработка рук. В данном случае обработку рук проводят до и после выполнения всего комплекса простых медицинских услуг.

3.6 Добровольное информированное согласие пациента или его законных представителей на выполнение простой медицинской услуги регламентируется соответствующими нормативными документами, принятыми в установленном порядке. Добровольное информированное согласие пациента может быть получено для выполнения как одной простой медицинской услуги, так и их комплекса. Для уверенности в наличии добровольного информированного согласия пациента на выполнение простой медицинской услуги ее выполнение начинают с устного контролирующего вопроса о согласии пациента.

## **4 Технология выполнения простой медицинской услуги "Подкожное введение лекарственных средств и растворов"**

Технология подкожного введения лекарственных средств и растворов входит в ТПМУИВ и имеет код А11.01.002 по [1].

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 1.

Таблица 1 - ТПМУИВ "Подкожное введение лекарственных средств и растворов"

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>1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учебного учреждения по специальностям: "лечебное дело", "сестринское дело", "акушерское дело".</p> <p>2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: "лечебное дело", "педиатрия".</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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>Во время процедуры обязательно использование перчаток.</p> <p>Обязательно использование непрокальваемого контейнера для использованных игл</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Амбулаторно-поликлинические.</p> <p>Стационарные.</p> <p>Транспортные.</p> <p>Санаторно-курортные</p>
<p>4 Функциональное назначение простой медицинской услуги</p>	<p>Лечение заболеваний.</p> <p>Восстановительно-реабилитационные.</p> <p>Профилактика заболеваний.</p> <p>Диагностика заболеваний</p>
<p>5 Материальные ресурсы</p>	

5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	<p>Шприц одноразовый емкостью от 1 до 5 мл, две стерильные иглы длиной 25 мм.</p> <p>Лоток нестерильный для расходуемого материала.</p> <p>Лоток стерильный.</p> <p>Нестерильные ножницы или пинцет (для открытия флакона).</p> <p>Пилочка (для открытия ампул).</p> <p>Манипуляционный столик.</p> <p>Кушетка.</p> <p>Непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.</p> <p>Емкости для дезинфекции.</p>
5.2 Реактивы	Отсутствуют.
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют.
5.4 Продукты крови	Отсутствуют.
5.5 Лекарственные средства	<p>Антисептический раствор для обработки инъекционного поля, обработки шейки ампулы, резиновой пробки флакона.</p> <p>Антисептик для обработки рук.</p>
5.6 Прочий расходуемый материал	Дезинфицирующее средство.

	<p>Стерильные салфетки или шарики (ватные или марлевые).</p> <p>Перчатки нестерильные</p>
<p>6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p>	

6.1 Алгоритм выполнения подкожного введения лекарственных препаратов

I Подготовка к процедуре:

1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и его переносимость. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

2) Взять упаковку лекарственного препарата и проверить его пригодность (прочитать наименование, дозу, срок годности на упаковке, определить по внешнему виду). Сверить назначения врача.

3) Предложить пациенту или помочь ему занять удобное положение: сидя или лежа. Выбор положения зависит от состояния пациента; вводимого препарата.

4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

5) Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика.

6) Надеть перчатки.

7) Подготовить шприц. Проверить срок годности и герметичность упаковки.

8) Набрать лекарственный препарат в шприц.

а) Набор лекарственного препарата в шприц из ампулы.

Прочитать на ампуле название лекарственного препарата, дозировку, убедиться визуально, что лекарственный препарат пригоден: нет осадка.

Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в ее

широкой части.

Подпилить ампулу пилочкой. Обработать шейку ампулы антисептическим раствором. Вскрыть ампулу. Набрать лекарственный препарат в шприц.

Выпустить воздух из шприца.

б) Набор лекарственного препарата из флакона, закрытого алюминиевой крышкой.

Прочитать на флаконе наименование лекарственного препарата, дозировку, срок годности.

Отогнуть нестерильными ножницами или пинцетом часть крышки флакона, прикрывающую резиновую пробку. Протереть резиновую пробку ватным шариком или салфеткой, смоченной антисептическим раствором. Ввести иглу под углом  $90^\circ$  во флакон, перевернуть его вверх дном, слегка оттягивая поршень, набрать в шприц нужное количество лекарственного препарата.

Извлечь иглу из флакона, заменить ее на новую стерильную иглу, проверить ее проходимость.

9) Положить собранный шприц и стерильные шарики в стерильный лоток.

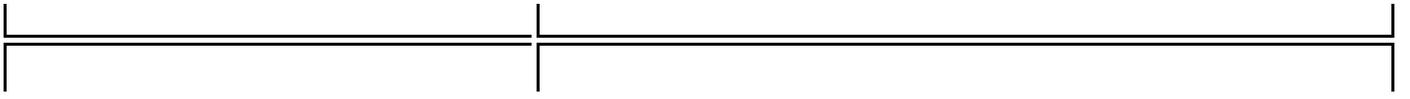
10) Выбрать, осмотреть и пропальпировать область предполагаемой инъекции для выявления противопоказаний для избежания возможных осложнений.

## II Выполнение процедуры:

- 1) Обработать место инъекции не менее чем двумя салфетками или шариками, смоченными антисептическим раствором.
- 2) Собрать кожу пациента в месте инъекции одной рукой в складку треугольной формы основанием вниз.
- 3) Взять шприц другой рукой, придерживая канюлю иглы указательным пальцем.
- 4) Ввести иглу со шприцем быстрым движением под углом  $45^\circ$  на  $2/3$  ее длины.
- 5) Потянуть поршень на себя, чтобы убедиться, что игла не попала в сосуд.
- 6) Медленно ввести лекарственный препарат в подкожную жировую клетчатку.
- 7) Извлечь иглу, прижать к месту инъекции шарик с кожным антисептическим раствором, не отрывая руки с шариком, слегка помассировать место введения лекарственного препарата.

## III Окончание процедуры:

- 1) Подвергнуть дезинфекции весь расходуемый материал. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.
- 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 3) Уточнить у пациента его самочувствие.
- 4) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию



7           Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики

Подготовка оснащения для выполнения процедуры всегда проводится в процедурном кабинете.

Перед инъекцией следует определить индивидуальную непереносимость лекарственного вещества; поражения кожи и жировой клетчатки любого характера в месте инъекции.

После инъекции возможно образование подкожного инфильтрата (введение неподогретых масляных растворов), поэтому при введении масляных растворов необходимо предварительно подогреть ампулу в воде до 37°C.

При подкожном введении гепарина необходимо держать иглу под углом 90°, не проверять шприц на попадание иглы в сосуд, не массировать место укола после инъекции.

При назначении инъекций длительным курсом при необходимости наложить на место инъекции грелку или сделать йодную сетку (уровень убедительности доказательства С).

Через 15-30 мин. после инъекции обязательно узнать у пациента о его самочувствии и о реакции на введенное лекарство (выявление осложнений и аллергических реакций).

Основными местами для подкожного введения являются: наружная поверхность плеча, наружная и передняя поверхность бедра в верхней и средней трети, подлопаточная область, передняя брюшная стенка, у новорожденных может использоваться и средняя треть наружной поверхности бедра.

При вскрытии флакона необходимым условием является надпись на флаконе,

	сделанная медицинским работником с отметкой даты вскрытия и времени
8 Достигаемые результаты и их оценка	<p>Препарат пациенту введен.</p> <p>Пациент чувствует себя комфортно</p>
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	<p>Пациент или его родители (для детей до 15 лет) получают информацию о предстоящем лечении. Врач получает согласие на лечение и информирует медицинский персонал. Письменное согласие пациента требуется в случае применения лекарственных препаратов, проходящих испытания или требующих особого выполнения режимных моментов (длительность применения, выполнение методических рекомендаций по нормам здорового образа жизни)</p>
10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики	<p>Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации.</p> <p>Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения).</p> <p>Отсутствие постинъекционных осложнений.</p> <p>Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.</p> <p>Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии</p>
11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги	<p>Коэффициент УЕТ врача - 0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 1,0</p>

<p>12                    Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Отсутствуют</p>
<p>13    Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p>	<p>Отсутствуют</p>

## **5 Технология выполнения простой медицинской услуги "Внутрикожное введение лекарственных средств"**

Технология внутрикожного введения лекарственных средств входит в ТПМУИВ и имеет код А11.01.003 по [\[1\]](#).

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 2.

Таблица 2 - ТПМУИВ "Внутрикожное введение лекарственных средств"

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>1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учебного учреждения по специальностям: "лечебное дело", "сестринское дело", "акушерское дело".</p> <p>2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: "лечебное дело", "педиатрия".</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<p>2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала</p>	

2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук.  Во время процедуры обязательно использовать перчатки.  Обязательно использование непрокальваемого контейнера для использованных игл
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические.  Стационарные
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Диагностика заболеваний.  Профилактика заболеваний
5 Материальные ресурсы	

5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Манипуляционный столик.  Кушетка.  Шприц одноразовый емкостью 1 мл и две иглы длиной 15 мм.  Лоток стерильный.  Лоток нестерильный для расходуемого материала.  Пилочка (для открытия ампул).  Нестерильные ножницы или пинцет (для открытия флакона).  Емкости для дезинфекции.  Непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.
5.2 Реактивы	Отсутствуют.
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют.
5.4 Продукты крови	Отсутствуют.
5.5 Лекарственные средства	Антисептический раствор для обработки инъекционного поля, шейки ампулы, резиновой пробки флакона  Антисептик для обработки рук.

5.6 Прочий расходуемый материал	Дезинфицирующее средство.  Стерильные салфетки или шарики (ватные или марлевые).  Перчатки нестерильные
6 методики простой услуги	Характеристика выполнения медицинской услуги

6.1 Алгоритм выполнения  
внутрикожного введения  
лекарственных  
препаратов

I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и его переносимость. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 2) Взять упаковку и проверить пригодность лекарственного препарата (прочитать наименование, дозу, срок годности на упаковке, определить по внешнему виду). Сверить назначения врача.
- 3) Предложить пациенту или помочь ему занять удобное положение: сидя или лежа. Выбор положения зависит от состояния пациента; вводимого препарата.
- 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 5) Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика.
- 6) Надеть нестерильные перчатки.
- 7) Подготовить шприц. Проверить срок годности, герметичность упаковки.
- 8) Набрать лекарственный препарат в шприц.
  - а) Набор лекарственного препарата в шприц из ампулы.

Прочитать на ампуле название лекарственного препарата, дозировку, убедиться визуально, что лекарственный препарат пригоден: нет осадка.

Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в ее широкой части.

Подпилить ампулу пилочкой. Обработать шейку ампулы антисептиком. Вскрыть ампулу.

Набрать лекарственный препарат в шприц.

Выпустить воздух из шприца.

б) Набор лекарственного препарата из флакона, закрытого алюминиевой крышкой.

Прочитать на флаконе название лекарственного препарата, дозировку, срок годности.

Отогнуть нестерильными ножницами или пинцетом часть крышки флакона, прикрывающую резиновую пробку. Протереть резиновую пробку ватным шариком или салфеткой, смоченной антисептическим раствором. Ввести иглу под углом  $90^\circ$  во флакон, перевернуть его вверх дном, слегка оттягивая поршень, набрать в шприц нужное количество лекарственного препарата.

Извлечь иглу из флакона, заменить ее на новую стерильную иглу, проверить ее проходимость.

9) Положить собранный шприц и стерильные шарики в стерильный лоток.

10) Выбрать, осмотреть и пропальпировать область предполагаемой инъекции для выявления противопоказаний для избежания возможных осложнений.

6.1 Алгоритм выполнения внутрикожного введения лекарственных препаратов

II Выполнение процедуры:

1) Обработать место инъекции не менее чем двумя салфетками или шариками, смоченными антисептическим раствором. Дождаться его высыхания.

2) Обхватив предплечье пациента снизу, растянуть кожу пациента на внутренней поверхности средней трети предплечья.

3) Взять шприц другой рукой, придерживая канюлю иглы указательным пальцем, ввести в кожу пациента в месте предполагаемой инъекции только конец иглы почти параллельно коже, держа ее срезом вверх под углом 10-15°.

4) Нажимая указательным пальцем на поршень, ввести лекарственный препарат до появления папулы, свидетельствующей о правильном введении препарата.

5) Извлечь иглу. К месту введения препарата не прижимать салфетку с антисептическим раствором.

III Окончание процедуры:

1) Подвергнуть дезинфекции весь расходный материал. Снять перчатки, поместить их поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.

2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

3) Уточнить у пациента его самочувствие.

4) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию

<p>7                   Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p>	<p>Подготовка оснащения для выполнения процедуры всегда проводится в процедурном кабинете.</p> <p>При проведении внутривенной инъекции необходимо выбирать место, где отсутствуют рубцы, болезненность при прикосновении, кожный зуд, воспаление, затвердение.</p> <p>Через 15-30 мин. после инъекции обязательно узнать у пациента его самочувствие и о реакции на введенное лекарство (выявление осложнений и аллергических реакций).</p> <p>Внутривенные инъекции детям выполняют в среднюю треть внутренней поверхности предплечья, верхнюю треть наружной поверхности плеча.</p> <p>При вскрытии флакона необходимым условием является надпись на флаконе, сделанная медицинским работником с отметкой даты вскрытия и времени.</p> <p>Объяснить пациенту, что нельзя тереть и мочить место инъекции в течение определенного времени (если инъекция выполняется с диагностической целью)</p>
<p>8                   Достижимые результаты и их оценка</p>	<p>Образовалась папула белого цвета.</p> <p>После извлечения иглы нет крови.</p> <p>Пациент чувствует себя комфортно</p>

<p>9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p>	<p>Пациент или его родители (для детей до 15 лет) получают информацию о предстоящем лечении. Врач получает согласие на лечение и информирует медицинский персонал. Письменное согласие пациента требуется в случае применения лекарственных препаратов, проходящих испытания или требующих особого выполнения режимных моментов (при прививках)</p>
<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения). Отсутствие постинъекционных осложнений.</p> <p>Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги. Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии</p>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ врача - 0,5.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 1,0</p>
<p>12 Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Отсутствуют</p>
<p>13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p>	<p>Отсутствуют</p>

## **6 Технология выполнения простой медицинской услуги "Внутримышечное введение лекарственных средств"**

Технология внутримышечного введения лекарственных средств входит в ТПМУИВ и имеет код А11.02.002 по [\[1\]](#).

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 3.

Таблица 3 - ТПМУИВ "Внутримышечное введение лекарственных средств"

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>1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учебного учреждения по специальностям: "лечебное дело", "сестринское дело", "акушерское дело".</p> <p>2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: "лечебное дело", "педиатрия".</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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>Во время процедуры обязательно использование перчаток.</p> <p>Обязательно использование непрокальваемого контейнера для использованных игл.</p> <p>При угрозе разбрызгивания крови обязательно использование маски, специальных защитных очков</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Амбулаторно-поликлинические.</p> <p>Стационарные.</p> <p>Транспортные.</p> <p>Санаторно-курортные</p>
<p>4 Функциональное назначение простой медицинской услуги</p>	<p>Лечение заболеваний.</p> <p>Восстановительно-реабилитационные.</p> <p>Профилактика заболеваний</p>
<p>5 Материальные ресурсы</p>	

<p>5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения</p>	<p>Шприц одноразовый емкостью от 5 до 10 мл и две стерильные иглы длиной 38-40 мм.</p> <p>Лоток стерильный.</p> <p>Лоток нестерильный для расходуемого материала.</p> <p>Нестерильные ножницы или пинцет (для открытия флакона).</p> <p>Пилочка (для открытия ампулы).</p> <p>Манипуляционный столик.</p> <p>Кушетка.</p> <p>Емкости для дезинфекции.</p> <p>Непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.</p>
<p>5.2 Реактивы</p>	<p>Отсутствуют.</p>
<p>5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты</p>	<p>Отсутствуют.</p>
<p>5.4 Продукты крови</p>	<p>Отсутствуют</p>
<p>5.5 Лекарственные средства</p>	<p>Антисептический раствор для обработки инъекционного поля, шейки ампулы, резиновой пробки флакона.</p> <p>Антисептик для обработки рук.</p>

<p>5.6 Прочий расходуемый материал</p>	<p>Дезинфицирующее средство.  Стерильные салфетки или шарики (ватные или марлевые).  Перчатки нестерильные</p>
<p>6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p>	

6.1 Алгоритм  
выполнения  
внутримышечного  
введения  
лекарственных  
препаратов

I Подготовка к процедуре:

1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и его переносимость. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

2) Взять упаковку и проверить пригодность лекарственного препарата (прочитать наименование, дозу, срок годности на упаковке, определить по внешнему виду). Сверить назначения врача.

3) Предложить пациенту или помочь ему занять удобное положение. Выбор положения зависит от состояния пациента; вводимого препарата.

4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

5) Обработать руки антисептиком. Не сушить, дожидаться полного высыхания антисептика.

6) Надеть нестерильные перчатки.

7) Подготовить шприц. Проверить срок годности, герметичность упаковки.

8) Набрать лекарственный препарат в шприц.

а) Набор лекарственного препарата в шприц из ампулы.

Прочитать на ампуле название лекарственного препарата, дозировку, убедиться визуально, что лекарственный препарат пригоден: нет осадка.

Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в ее широкой части.

Подпилить ампулу пилочкой. Обработать шейку ампулы антисептическим раствором. Вскрыть ампулу.

Набрать лекарственный препарат в шприц.

Выпустить воздух из шприца.

б) Набор лекарственного препарата из флакона, закрытого алюминиевой крышкой.

Прочитать на флаконе название лекарственного препарата, дозировку, срок годности.

Отогнуть нестерильными ножницами или пинцетом часть крышки флакона, прикрывающую резиновую пробку. Протереть резиновую пробку ватным шариком или салфеткой, смоченной антисептическим раствором.

Ввести иглу под углом  $90^\circ$  во флакон, перевернуть его вверх дном, слегка оттягивая поршень, набрать в шприц нужное количество лекарственного препарата.

Извлечь иглу из флакона, заменить ее на новую стерильную иглу, проверить ее проходимость.

9) Положить собранный шприц и стерильные шарики в стерильный лоток.

10) Выбрать, осмотреть и пропальпировать область предполагаемой инъекции для выявления противопоказаний для избежания возможных осложнений.

## II Выполнение процедуры:

1) Обработать место инъекции не менее чем двумя салфетками или шариками, смоченными антисептическим раствором.

2) Туго натянуть кожу пациента в месте инъекции большим и указательным пальцами одной руки (у ребенка и старого человека захватите мышцу), что увеличит массу мышцы и облегчит введение иглы.

3) Взять шприц другой рукой, придерживая канюлю иглы указательным пальцем.

4) Ввести иглу быстрым движением под углом  $90^\circ$  на  $2/3$  ее длины.

5) Потянуть поршень на себя, чтобы убедиться, что игла не находится в сосуде.

6) Медленно ввести лекарственный препарат в мышцу.

7) Извлечь иглу, прижать к месту инъекции шарик с антисептическим раствором, не отрывая руки с шариком, слегка помассировать место введения лекарственного препарата.

### III Окончание процедуры:

1) Подвергнуть дезинфекции весь расходуемый материал. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.

2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

3) Уточнить у пациента его самочувствие.

4) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию

<p>7      Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p>	<p>Подготовка оснащения для выполнения процедуры всегда проводится в процедурном кабинете.</p> <p>При проведении инъекции в мышцы бедра или плеча шприц держать в правой руке как пишущее перо, под углом, чтобы не повредить надкостницу.</p> <p>При назначении инъекций длительным курсом при необходимости после каждой инъекции наложить на место введения лекарственного препарата грелку или сделать йодовую сетку (уровень убедительности доказательства С).</p> <p>Через 15-30 мин. после инъекции обязательно узнать у пациента о его самочувствии и о реакции на введенное лекарство (выявление осложнений и аллергических реакций).</p> <p>Основными местами для проведения внутримышечной инъекции являются: наружная поверхность плеча, наружная и передняя поверхность бедра в верхней и средней трети, верхний наружный квадрант ягодицы.</p> <p>При вскрытии флакона необходимым условием является надпись на флаконе, сделанная медицинским работником с отметкой даты вскрытия и времени</p>
<p>8      Достижимые результаты и их оценка</p>	<p>Препарат пациенту введен. Пациент чувствует себя комфортно</p>

<p>9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p>	<p>Пациент или его родители (для детей до 15 лет) получают информацию о предстоящем лечении. Врач получает согласие на лечение и информирует медицинский персонал. Письменное согласие пациента требуется в случае применения лекарственных препаратов, проходящих испытания или требующих особого выполнения режимных моментов (длительность применения, выполнение методических рекомендаций по нормам здорового образа жизни)</p>
<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации.</p> <p>Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения).</p> <p>Отсутствие постинъекционных осложнений.</p> <p>Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.</p> <p>Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии</p>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ врача - 0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 1,0</p>
<p>12 Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Отсутствуют</p>

13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют
---	-------------

## **7 Технология выполнения простой медицинской услуги "Взятие крови из пальца"**

Технология взятия крови из пальца входит в ТПМУИВ и имеет код А11.05.001 по [1].

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 4.

Таблица 4 - ТПМУИВ "Взятие крови из пальца"

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 учебного учреждения по специальностям: "лабораторная диагностика", "сестринское дело", "лечебное дело", "акушерское дело", "лабораторное дело".</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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>Во время процедуры обязательно использование перчаток.</p> <p>Во время процедуры обязательно использование непрокальваемого контейнера для использованных скарификаторов.</p> <p>При угрозе разбрызгивания крови обязательно использование защитных средств (маска, очки и др.)</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Амбулаторно-поликлинические.</p> <p>Стационарные</p>
<p>4 Функциональное назначение простой медицинской услуги</p>	<p>Диагностика заболеваний</p>
<p>5 Материальные ресурсы</p>	

5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	<p>Манипуляционный столик.</p> <p>Одноразовая система для взятия капиллярной крови (в случае получения крови с использованием вакуумных систем).</p> <p>Пробирки для забора крови, разрешенные к применению (в случае получения крови без использования вакуумных систем).</p> <p>Скарификатор одноразовый или автоматический ланцет подходящего типа и размера.</p> <p>Штатив для пробирок.</p> <p>Пинцет стерильный.</p> <p>Капилляр Панченкова.</p> <p>Кушетка (в случае получения крови у пациента в положении лежа).</p> <p>Стул, кресло (в случае получения крови у пациента в положении сидя).</p> <p>Непрокальываемый контейнер для использованных скарификаторов.</p> <p>Лоток для расходуемого материала.</p> <p>Емкости для дезинфекции.</p> <p>Непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.</p>
5.2 Реактивы	Отсутствуют.
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют.
5.4 Продукты крови	Отсутствуют.

<p>5.5 Лекарственные средства</p>	<p>Антисептический раствор для обработки места прокола кожи пациента.</p> <p>Антисептик для обработки рук.</p>
<p>5.6 Прочий расходуемый материал</p>	<p>Дезинфицирующее средство.</p> <p>Ватные или марлевые шарики или салфетки стерильные.</p> <p>Перчатки нестерильные</p>
<p>6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p>	

6.1 Алгоритм взятия крови из пальца без применения вакуумной системы

I Подготовка к процедуре:

- 1) Подготовить на манипуляционном столике необходимое оснащение.
- 2) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход предстоящей процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 3) Промаркировать пробирки, указав ФИО пациента, отделение (с целью исключения ошибки при идентификации пробы биоматериала).
- 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 5) Обработать руки антисептиком. Не сушить, дожидаться полного высыхания антисептика.
- 6) Надеть нестерильные перчатки.

## II Выполнение процедуры:

1) Смочить ватный или марлевый шарик в антисептическом средстве.

2) Одной рукой взять четвертый палец свободной руки пациента, слегка помассировать его, зажав верхнюю фалангу пальца пациента указательным и большим пальцами.

3) Другой рукой обработать смоченным в антисептическом средстве ватным или марлевым шариком внутреннюю поверхность верхней фаланги пальца пациента антисептиком. Осушить поверхность пальца сухой стерильной салфеткой или ватным шариком.

4) Поместить использованную салфетку или шарик в лоток для расходного материала.

5) После высыхания кожи взять скарификатор/автоматический ланцет и сделать быстрым движением прокол кожи.

6) Поместить использованный скарификатор/автоматический ланцет в непрокальываемый контейнер для использованных скарификаторов.

7) Вытереть первые капли крови сухой стерильной салфеткой или ватным шариком. Поместить использованную салфетку или шарик в лоток для расходного материала.

8) Самотеком набрать необходимое количество крови в соответствии с методикой исследования полученного материала.

9) Прижать к месту прокола салфетку или ватный шарик с антисептическим раствором. Попросить пациента держать салфетку или ватный шарик у места прокола 2-3 мин.

### III Окончание процедуры:

- 1) Подвергнуть дезинфекции скарификатор и использованный материал. Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.
- 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 3) Уточнить у пациента его самочувствие.
- 4) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию или оформить направление.
- 5) Организовать доставку пробирок с лабораторным материалом в лабораторию.

6.2 Алгоритм взятия крови из пальца с применением одноразовой системы для взятия капиллярной крови

I Подготовка к процедуре:

1) Подготовить на манипуляционном столике необходимое оснащение.

2) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход предстоящей процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

3) Промаркировать пробирки, указав ФИО пациента, отделение (с целью исключения ошибки при идентификации пробы биоматериала).

4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

5) Обработать руки антисептиком. Не сушить, дожидаться полного высыхания антисептика.

6) Надеть нестерильные перчатки.

## II Выполнение процедуры:

- 1) Смочить ватный или марлевый шарик в антисептическом средстве.
- 2) Одной рукой взять четвертый палец свободной руки пациента, слегка помассировать его, зажав верхнюю фалангу пальца пациента указательным и большим пальцами.
- 3) Другой рукой обработать смоченным в антисептическом средстве ватным или марлевым шариком внутреннюю поверхность верхней фаланги пальца пациента антисептиком. Осушить поверхность пальца сухой стерильной салфеткой или ватным шариком.
- 4) Поместить использованную салфетку или шарик в лоток для расходного материала.
- 5) После высыхания кожи взять скарификатор/автоматический ланцет и сделать быстрым движением прокол кожи.
- 6) Поместить использованный скарификатор/автоматический ланцет в непрокальваемый контейнер для использованных скарификаторов.
- 7) Вытереть первые капли крови сухой стерильной салфеткой или ватным шариком. Поместить использованную салфетку или шарик в лоток для расходного материала.
- 8) Самоотемом набрать необходимое количество крови капилляром, используя край пробирки или встроенный в крышку пробирки капилляр. Наилучший результат достигается при горизонтальном или слегка наклоненном положении пробирки. Объем взятой пробы крови должен соответствовать метке на пробирке.

9) Прижать к месту прокола салфетку или ватный шарик с антисептическим раствором. Попросить пациента держать салфетку или ватный шарик у места прокола 2-3 мин.

10) Перевернуть пробирку в вертикальное положение для переноса крови из капилляра в пробирку.

11) Повернуть крышку с пробирки, снять и поместить в непрокальваемый контейнер вместе со встроенным капилляром, не разбирая.

12) Снять крышку с основания пробирки, плотно закрыть пробирку или закрыть пробирку крышкой-пробкой до щелчка (в зависимости от модификации пробирки).

13) Тщательно перемешать пробу, переворачивая пробирку, в зависимости от методики исследования полученного материала.

### III Окончание процедуры:

1) Подвергнуть дезинфекции скарификатор и использованный материал. Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.

2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

3) Уточнить у пациента его самочувствие.

4) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию или оформить направление.

5) Организовать доставку пробирок с лабораторным материалом в лабораторию

<p>7                   Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p>	<p>Взятие крови проводят натощак на фоне физического и психического покоя. Не следует брать кровь после физической нагрузки, физиотерапевтических процедур, рентгенологических методов исследования, параллельно с введением лекарственных препаратов.</p> <p>При выполнении методики с помощью вакуумной системы процесс взятия крови прекращается, когда капилляр полностью заполнен кровью. Объем капилляра соответствует номинальному объему крови, который должен быть взят в данный тип пробирок</p>
<p>8 Достижимые результаты и их оценка</p>	<p>Получение необходимого объема крови для исследований</p>
<p>9                   Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p>	<p>Пациент или его родители (для детей до 15 лет) должны быть информированы о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая медицинским работником, включает сведения о цели данного действия.</p> <p>Письменное подтверждение согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) не обязательно, так как данное действие не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента</p>

<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации.</p> <p>Своевременность выполнения процедуры (в соответствии с датой и временем назначения).</p> <p>Отсутствие осложнений.</p> <p>Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.</p> <p>Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии</p>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ врача - 0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 0,5</p>
<p>12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Отсутствуют</p>
<p>13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p>	<p>Отсутствуют</p>

## 8 Технология выполнения простой медицинской услуги "Внутривенное введение лекарственных средств"

Технология внутривенного введения лекарственных средств входит в ТПМУИВ и имеет код А11.12.003 по [\[1\]](#).

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 5.

Таблица 5 - ТПМУИВ "Внутривенное введение лекарственных средств"

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>1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учебного учреждения по специальностям: "лечебное дело", "сестринское дело", "акушерское дело".</p> <p>2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: "лечебное дело", "педиатрия", "стоматология".</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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>Во время процедуры обязательно использование перчаток.</p> <p>Обязательно использование непрокальваемого контейнера для использованных игл.</p> <p>При угрозе разбрызгивания крови обязательно использование защитных средств (маска, очки и др.)</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Амбулаторно-поликлинические.</p> <p>Стационарные.</p> <p>Транспортные</p>
<p>4 Функциональное назначение простой медицинской услуги</p>	<p>Диагностика заболеваний.</p> <p>Лечение заболеваний</p>
<p>5 Материальные ресурсы</p>	

5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения

Столик манипуляционный.

Лоток стерильный.

Лоток нестерильный.

Жгут венозный.

Шприц инъекционный однократного применения от 10 до 20 мл.

Система для внутривенного капельного вливания однократного применения.

Игла инъекционная.

Непрокальываемый контейнер для использованных шприцев, непромокаемый пакет (в условиях "скорой медицинской помощи").

Стойка-штатив для системы внутривенного капельного вливания.

Нестерильные ножницы или пинцет (для открытия флакона).

Пилочка (для открытия ампулы).

Подушечка из влагостойкого материала.

Емкости для дезинфекции.

Непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.

Стол, стул (для введения лекарственных препаратов в положении сидя).

Кушетка (для введения лекарственных препаратов в положении лежа).

5.2 Реактивы

Отсутствуют.

5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	По назначению врача.
5.4 Продукты крови	По назначению врача.
5.5 Лекарственные средства	<p>Антисептический раствор для обработки инъекционного поля, шейки ампулы, резиновой пробки флакона.</p> <p>Раствор натрия хлорида.</p> <p>Антисептик для обработки рук.</p> <p>Дезинфицирующее средство.</p> <p>Салфетка.</p>
5.6 Прочий расходуемый материал	<p>Перчатки нестерильные.</p> <p>Перчатки стерильные.</p> <p>Маска.</p> <p>Салфетки марлевые стерильные.</p> <p>Салфетки марлевые (ватные шарики).</p> <p>Бинт.</p> <p>Лейкопластырь - 2-3 полоски или самоклеющаяся полупроницаемая повязка для фиксации иглы/катетера в вене</p>
6 Характеристика выполнения методики простой медицинской услуги	

6.1 Алгоритм внутривенного введения лекарственных препаратов (струйно)

I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и его переносимость. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 2) Взять упаковку и проверить пригодность лекарственного препарата (прочитать наименование, дозу, срок годности на упаковке, определить по внешнему виду). Сверить назначения врача.
- 3) Предложить пациенту или помочь ему занять удобное положение: сидя или лежа.
- 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 5) Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика.
- 6) Надеть нестерильные перчатки.
- 7) Подготовить шприц.

Проверить срок годности, герметичность упаковки.

8) Набрать лекарственный препарат в шприц.

а) Набор лекарственного препарата в шприц из ампулы.

Прочитать на ампуле название лекарственного препарата, дозировку, убедиться визуально, что лекарственный препарат пригоден: нет осадка.

Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в ее широкой части.

Подпилить ампулу пилочкой. Обработать шейку ампулы антисептическим раствором. Вскрыть ампулу. Набрать лекарственный препарат в шприц.

Выпустить воздух из шприца.

б) Набор лекарственного препарата из флакона, закрытого алюминиевой крышкой.

Прочитать на флаконе название лекарственного препарата, дозировку, срок годности.

Отогнуть нестерильными ножницами или пинцетом часть крышки флакона, прикрывающую резиновую пробку. Протереть резиновую пробку ватным шариком или салфеткой, смоченной антисептическим раствором.

Ввести иглу под углом  $90^\circ$  во флакон, перевернуть его вверх дном, слегка оттягивая поршень, набрать в шприц нужное количество лекарственного препарата.

Извлечь иглу из флакона, заменить ее на новую стерильную иглу, проверить ее проходимость.

9) Положить собранный шприц и стерильные шарики в стерильный лоток.

10) Выбрать, осмотреть и пропальпировать область предполагаемой венепункции для выявления противопоказаний для избежания возможных осложнений.

11) При выполнении венепункции в область локтевой ямки предложить пациенту максимально разогнуть руку в локтевом суставе, для чего подложить под локоть пациента клеенчатую подушечку.

12) Наложить жгут (на рубашку или пеленку) так, чтобы при этом пульс на ближайшей артерии пальпировался, и попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее.

13) При выполнении венепункции в область локтевой ямки наложить жгут в средней трети плеча, пульс проверяется на лучевой артерии.

14) Надеть нестерильные перчатки.

## II Выполнение процедуры:

1) Обработать область венепункции не менее чем двумя салфетками/ватными шариками с антисептическим раствором движениями в одном направлении, одновременно определяя наиболее наполненную вену.

2) Взять шприц, фиксируя указательным пальцем канюлю иглы. Остальные пальцы охватывают цилиндр шприца сверху.

3) Другой рукой натянуть кожу в области венепункции, фиксируя вену. Держа иглу срезом вверх параллельно коже проколоть ее, затем ввести иглу в вену (не более чем на 1/2 иглы). При попадании иглы в вену ощущается "попадание в пустоту".

4) Убедиться, что игла в вене - держа шприц одной рукой, другой потянуть поршень на себя, при этом в шприц должна поступить кровь (темная, венозная).

5) Развязать или ослабить жгут и попросить пациента разжать кулак. Для контроля нахождения иглы в вене еще раз потянуть поршень на себя, т.к. в момент ослабления жгута игла может выйти из вены.

6) Нажать на поршень, не меняя положения шприца, и медленно (в соответствии с рекомендациями врача) ввести лекарственный препарат, оставив в шприце незначительное количество раствора.

7) Прижать к месту инъекции салфетку или ватный шарик с антисептическим раствором.

8) Извлечь иглу, попросить пациента держать салфетку или ватный шарик у места инъекции 5-7 мин., прижимая большим пальцем второй руки, или

забинтовать место инъекции.

9) Убедиться, что наружного кровотечения в области венепункции нет.

III Окончание процедуры:

1) Подвергнуть дезинфекции весь расходуемый материал. Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.

2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

3) Уточнить у пациента его самочувствие.

4) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию.

6.2 Алгоритм внутривенного введения лекарственных средств (капельно с помощью системы для вливания инфузионных растворов).

I Подготовка к процедуре:

1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и его переносимость. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

2) Предложить пациенту опорожнить мочевой пузырь, учитывая длительность выполнения процедуры.

3) Предложить пациенту или помочь занять ему удобное положение, которое зависит от его состояния здоровья.

4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

5) Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика.

6) Надеть нестерильные перчатки.

7) Заполнить устройство для вливаний инфузионных растворов однократного применения и поместить его на штативе для инфузионных вливаний.

а) Заполнение устройства для вливаний инфузионных растворов однократного применения.

Проверить срок годности устройства и герметичность пакета.

Прочитать надпись на флаконе: название, срок годности. Убедиться в его пригодности (цвет, прозрачность, осадок).

Нестерильными ножницами или пинцетом вскрыть центральную часть металлической крышки флакона, обработать резиновую пробку флакона ватным шариком или салфеткой, смоченной антисептическим раствором.

Вскрыть упаковочный пакет и извлечь устройство (все действия производятся на рабочем столе).

Снять колпачок с иглы воздуховода, ввести иглу до упора в пробку флакона. В некоторых системах отверстие воздуховода находится непосредственно над капельницей. В этом случае нужно только открыть заглушку, закрывающую это отверстие.

Закрывать винтовой зажим.

Перевернуть флакон и закрепить его на штативе.

Повернуть устройство в горизонтальное положение, открыть винтовой зажим: медленно заполнить капельницу до половины объема. Если устройство снабжено мягкой капельницей и она соединена жестко с иглой для флакона, необходимо одновременно с двух сторон сдавить ее пальцами, и жидкость заполнит капельницу.

Закрывать винтовой зажим и вернуть устройство в исходное положение, при этом фильтр должен быть полностью погружен в лекарственный препарат, предназначенный для вливания.

Открыть винтовой зажим и медленно заполнить длинную трубку системы до полного вытеснения воздуха и появления капель из иглы для инъекций. Капли лекарственного препарата лучше сливать в раковину под струю воды во избежание загрязнения окружающей среды.

Можно заполнять систему, не надевая иглу для инъекций, в этом случае капли должны показаться из соединительной канюли.

Убедиться в отсутствии пузырьков воздуха в трубке устройства (устройство заполнено).

Положить в стерильный лоток или в упаковочный пакет иглу для инъекции, закрытую колпачком, стерильные салфетки или ватные шарики с антисептическим раствором, стерильную салфетку сухую.

Приготовить две полоски узкого лейкопластыря шириной 1 см, длиной 4-5 см.

8) Доставить в палату манипуляционный столик с размещенным на нем необходимым оснащением, штатив с капельницей.

9) Обследовать, пропальпировать место предполагаемой венепункции для выявления противопоказаний для избежания возможных осложнений.

10) Наложить венозный жгут (на рубашку или пленку) в средней трети плеча так, чтобы при этом пульс на лучевой артерии пальпировался, и попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее.

## II Выполнение процедуры:

1) Обработать область локтевого сгиба не менее чем двумя салфетками или ватными шариками с антисептическим раствором движениями в одном направлении, одновременно определяя наиболее наполненную вену.

2) Фиксировать вену пальцем, натянув кожу над местом венепункции.

3) Другой рукой натянуть кожу в области венепункции, фиксируя вену. Пунктировать вену иглой с подсоединенной к ней системой, держа иглу срезом вверх параллельно коже, проколоть ее, затем ввести иглу в вену (не более чем на 1/2 иглы). При попадании иглы в вену ощущается "попадание в пустоту". При появлении в канюле иглы крови - попросить пациента разжать кисть, одновременно развязать или ослабить жгут. Все использованные салфетки или ватные шарики помещаются в непромокаемый пакет.

4) Открыть винтовой зажим капельной системы, отрегулировать винтовым зажимом скорость капель (согласно назначению врача).

5) Закрепить иглу и систему лейкопластырем, прикрыть иглу стерильной салфеткой, закрепить ее лейкопластырем.

6) Снять перчатки, поместить их в непромокаемый пакет.

7) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

8) Наблюдать за состоянием пациента, его самочувствием на протяжении всей процедуры (в условиях оказания помощи в

процессе транспортировки, продолжительность наблюдения определяется продолжительностью транспортирования).

### III Окончание процедуры:

1) Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептического раствора).

2) Надеть нестерильные перчатки.

3) Закрывать винтовой зажим капельной системы, извлечь иглу из вены, прижать место пункции на 5-7 мин. салфеткой или ватным шариком с антисептическим раствором, прижимая большим пальцем второй руки, или забинтовать место инъекции.

4) Убедиться, что наружного кровотечения в области венепункции нет.

5) Подвергнуть дезинфекции весь расходный материал. Снять нестерильные перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.

6) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

7) Уточнить у пациента его самочувствие.

8) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию.

6.3 Алгоритм внутривенного введения лекарственных препаратов струйно или капельно через катетер установленный в центральной вене

I Подготовка к процедуре:

1) Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и в отсутствии аллергии на данное лекарственное средство. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

2) Предложить пациенту или помочь занять ему удобное положение (сидя или лежа). Выбор положения зависит от состояния пациента, вводимого препарата и способа введения лекарственного препарата - струйно или капельно.

3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

4) Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика.

5) Надеть нестерильные перчатки.

6) Собрать шприц и набрать в него лекарственный препарат или заполнить устройство для вливаний инфузионных растворов однократного применения и разместить его на штативе для инфузионных вливаний.

Алгоритм набора лекарственного препарата и заполнение системы см. 6.1.8 и 6.2.7.

7) Доставить в палату необходимое оснащение.

## II Выполнение процедуры:

1) Обложить место, где установлен центральный катетер, стерильными салфетками.

2) Снять пробку (заглушку) с катетера и положить ее на стерильную салфетку, наружный вход катетера обработать стерильной салфеткой или марлевым шариком, смоченным антисептическим раствором. Если будет использоваться старая пробка, то ее нужно обработать антисептическим раствором и поместить в стерильную салфетку. Рекомендуется использовать новую заглушку.

3) Подключить шприц (без иглы), потянуть поршень на себя до появления крови в шприце; или систему для переливания инфузионных растворов.

а) При струйном введении нажать на поршень и медленно (в соответствии с рекомендациями врача) ввести лекарственный препарат, оставив в шприце несколько миллилитров лекарственного препарата.

б) При капельном способе введения лекарственного препарата проверить проходимость катетера, подсоединив к нему шприц с физиологическим раствором - 2 мл. Скорость введения зависит от назначения врача.

Количество раствора, оставляемого в шприце, должно быть достаточным для обеспечения безопасного введения (препятствие попадания в вену пузырьков воздуха).

Если при нажатии на поршень лекарственный препарат не удается ввести с обычным усилием, следует прекратить процедуру, сообщить врачу и ставить вопрос о замене катетера.

При капельном способе введения лекарственных препаратов после подсоединения системы для капельных вливаний закрепить ее, снять перчатки, поместить их в непромокаемый мешок, убедиться, что пациенту удобно, вымыть руки. Наблюдать за пациентом до окончания процедуры.

### III Окончание процедуры:

1) Отсоединение шприца/системы для переливания инфузионных растворов от катетера.

а) При струйном введении лекарственных препаратов отсоединить шприц от катетера и закрыть катетер стерильной пробкой.

б) При капельном способе введения лекарственных препаратов вымыть руки, надеть стерильные перчатки. Отсоединить систему для переливания инфузионных растворов от катетера, закрыть катетер стерильной пробкой.

2) Закрыть катетер стерильной салфеткой, закрепить ее.

3) Поместить использованное устройство для вливаний инфузионных растворов или использованный шприц и салфетки или ватные шарики, пеленку в непрокальваемую емкость и транспортировать в процедурный кабинет. Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/ контейнер для утилизации отходов класса Б.

4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

5) Уточнить у пациента его самочувствие.

6) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию.

6.4 Алгоритм внутривенного введения лекарственных препаратов струйно и капельно через катетер, установленный в периферической вене

Подготовка к выполнению процедуры:

1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и в отсутствии аллергии на данное лекарственное средство. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

2) Предложить пациенту или помочь занять ему удобное положение (сидя или лежа). Выбор положения зависит от состояния пациента, вводимого препарата и способа введения лекарственного препарата - струйно или капельно. Процедура может быть проведена как в палате, так и в процедурном кабинете.

3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

4) Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика.

5) Надеть нестерильные перчатки.

6) Собрать шприц и набрать в него лекарственный препарат или заполнить устройство для вливаний инфузионных растворов однократного применения и разместить его на штативе для инфузионных вливаний.

Алгоритм набора лекарственного препарата и заполнение системы см. 6.1.8 и 6.2.7.

7) Доставить в палату необходимое оснащение.

## II Выполнение процедуры:

1) Снять пробку и положить ее на стерильную салфетку, наружный вход катетера обработать стерильной салфеткой или ватным шариком, смоченным антисептическим раствором.

2) Подключить шприц (без иглы), потянуть поршень на себя до появления крови в шприце; или присоединить систему для переливания инфузионных растворов.

а) При струйном введении нажать на поршень и медленно (в соответствии с рекомендациями врача) ввести лекарственный препарат, оставив в шприце несколько миллилитров лекарственного препарата.

б) При капельном способе внутривенного введения лекарственных препаратов проверить проходимость катетера, подсоединив к нему шприц с физиологическим раствором - 2 мл. Скорость введения зависит от назначения врача.

Количество миллилитров, оставляемых в шприце, должно быть достаточным для обеспечения безопасного введения (препятствие попадания в вену пузырьков воздуха).

Если при нажатии на поршень лекарственный препарат не удастся ввести с обычным усилием, то следует прекратить процедуру, сообщить врачу и ставить вопрос о замене катетера.

При капельном способе введения лекарственного препарата после подсоединения системы для капельных вливаний закрепить ее, снять перчатки, поместить их в непромокаемый мешок,

убедиться, что пациенту удобно, вымыть  
руки. Наблюдать за пациентом до  
окончания процедуры.

### III Окончание процедуры:

1) Отсоединение шприца/системы для переливания инфузионных растворов от катетера.

а) При струйном способе введения отсоединить шприц от катетера и закрыть катетер стерильной пробкой.

б) При капельном способе введения лекарственного препарата вымыть руки, надеть нестерильные перчатки. Отсоединить систему для переливания инфузионных растворов от катетера, закрыть катетер стерильной пробкой.

2) Закрывать катетер стерильной салфеткой и закрепить ее.

3) Если процедура проводилась в процедурном кабинете, то поместить использованное устройство для вливаний инфузионных растворов или использованный шприц и салфетки или ватные шарики в емкость с дезинфицирующим раствором. Если процедура проводилась в палате, то поместить использованное устройство для вливаний инфузионных растворов или использованный шприц и салфетки или ватные шарики в непрокальваемую емкость и транспортировать в процедурный кабинет.

4) Снять перчатки и поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.

5) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

6) Уточнить у пациента его самочувствие.

7) Сделать соответствующую запись о

	результатах выполнения услуги в медицинскую документацию

7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики

Подготовка оснащения для выполнения процедуры всегда проводится в процедурном кабинете.

При необходимости по назначению врача перед инъекцией промывают катетер гепарином.

Внутривенное введение лекарственных препаратов выполняется в периферические вены (вены локтевого сгиба, тыла кисти, запястий, стопы), а также в центральные вены. Внутривенное введение лекарственных препаратов детям до одного года выполняется в височные вены головы, в вены свода черепа. Новорожденным, детям раннего и младшего возраста технология простой медицинской услуги "Внутривенное введение лекарственных препаратов" выполняется в височные вены головы, плечевую вену. При выполнении технологии следует учитывать возрастные особенности венозной системы, а также условия выполнения процедуры.

Выбор положения пациента зависит от состояния пациента; вводимого препарата (если у пациента приступ бронхиальной астмы, то удобное для него положение сидя, гипотензивные препараты следует вводить в положении лежа, т.к. при резком снижении давления может возникнуть головокружение или потеря сознания). Особенностью выполнения методики у пациентов пожилого и старческого возраста является пунктирование вены при очень слабом сдавливании конечности жгутом для избежания травмы (гематома, скальпированная рана, скарификация кожи) и/или спонтанного разрыва вены, т.к. у данной категории пациентов тонкая кожа, достаточно хрупкие и ломкие сосуды.

При наложении жгута женщине, не использовать руку на стороне мастэктомии.

Если рука пациента сильно загрязнена, использовать столько ватных шариков с антисептиком, сколько необходимо.

При выполнении внутривенного введения лекарственного препарата в условиях процедурного кабинета выбросить салфетку или ватный шарик в педальное ведро; при выполнении внутривенного введения лекарственного препарата в других условиях поместить салфетку или ватный шарик в непромокаемый пакет для транспортировки в процедурный кабинет.

В условиях транспортировки и оказания скорой медицинской помощи специализированной службой мытье рук (из-за невозможности в условиях транспортировки) заменяется надеванием перчаток и их обработкой антисептиком.

При сборке шприцов, наборе лекарственного препарата в шприц, заполнении системы для капельных вливаний, при использовании катетера, находящегося в центральной вене, используются стерильные перчатки и стерильная маска

<p>8 Достижимые результаты и их оценка</p>	<p>Назначенное врачом лекарственное средство введено внутривенно с помощью шприца (струйно).</p> <p>Пациенту введен необходимый объем жидкости с помощью системы для вливания инфузионных растворов (капельно).</p> <p>Достигнут терапевтический эффект при отсутствии осложнений.</p> <p>Простая медицинская услуга проведена с минимальным дискомфортом для пациента</p>
<p>9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p>	<p>Пациент или его родители (для детей до 15 лет) должны быть информированы о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая врачом, медсестрой, фельдшером или акушеркой, включает сведения о цели данного действия. Письменное подтверждение согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на внутривенное введение лекарственных средств необходимо, т.к. данное действие является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента</p>
<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации.</p> <p>Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения).</p> <p>Отсутствие постинъекционных осложнений.</p> <p>Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.</p> <p>Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии</p>

<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ врача - 1,5</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- на капельное вливание - 5,0;</li> <li>- на струйное вливание - 2,5</li> </ul>
<p>12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Отсутствуют</p>
<p>13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p>	<p>Отсутствуют</p>

## 9 Технология выполнения простой медицинской услуги "Взятие крови из периферической вены"

Технология взятия крови из периферической вены входит в ТПМУИВ и имеет код А11.12.009 по [1].

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 6.

Таблица 6 - ТПМУИВ "Взятие крови из периферической вены"

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 учебного учреждения по специальностям: "лечебное дело", "сестринское дело", "акушерское дело".</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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>Во время процедуры обязательно использование перчаток.</p> <p>Обязательно использование непрокальваемого контейнера для использованных игл.</p> <p>При угрозе разбрызгивания крови обязательно использование защитных средств (маска, очки и др.)</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Амбулаторно-поликлинические.</p> <p>Стационарные</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>Манипуляционный столик.</p> <p>Закрытая система для забора крови (в случае получения крови с помощью вакуумной системы).</p> <p>Шприц инъекционный одноразового применения от 5 до 20 мл (в случае получения крови без использования вакуумной системы).</p> <p>Игла инъекционная.</p> <p>Штатив для пробирок.</p> <p>Пробирки с крышкой или без (в случае получения крови без использования вакуумной системы).</p> <p>Подушечка из влагостойкого материала.</p> <p>Жгут венозный.</p> <p>Емкости для дезинфекции.</p> <p>Непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.</p> <p>Контейнер для транспортировки биологических жидкостей.</p> <p>Лента со штрих-кодом или лабораторный карандаш.</p>
<p>5.2 Реактивы</p>	<p>В зависимости от исследования и методики.</p>
<p>5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты</p>	<p>Отсутствуют.</p>
<p>5.4 Продукты крови</p>	<p>Отсутствуют.</p>

<p>5.5            Лекарственные средства</p>	<p>Антисептический раствор для обработки инъекционного поля.</p> <p>Антисептик для обработки рук.</p>
<p>5.6 Прочий расходуемый материал</p>	<p>Дезинфицирующее средство.</p> <p>Ватные или марлевые шарики стерильные.</p> <p>Бактерицидный лейкопластырь.</p> <p>Перчатки нестерильные</p>
<p>6                Характеристика методики        выполнения простой         медицинской услуги            услуги</p>	

6.1 Алгоритм взятия крови из периферической вены шприцем

I Подготовка к процедуре:

- 1) 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.
- 2) Предложить пациенту или помочь ему занять удобное положение: сидя или лежа.
- 3) Промаркировать пробирки, указав ФИО пациента, отделение (с целью исключения ошибки при идентификации пробы биоматериала).
- 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 5) Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика.
- 6) Надеть нестерильные перчатки.
- 7) Подготовить необходимое оснащение.
- 8) Выбрать, осмотреть и пропальпировать область предполагаемой венепункции для выявления противопоказаний для избежания возможных осложнений.

При выполнении венепункции в область локтевой ямки предложить пациенту максимально разогнуть руку в локтевом суставе, для чего подложить под локоть пациента клеенчатую подушечку.

9) Наложить жгут на рубашку или пеленку так, чтобы при этом пульс на ближайшей артерии пальпировался и попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее.

При выполнении венепункции в область локтевой ямки наложить жгут в средней трети плеча, пульс проверяем на лучевой артерии.

При наложении жгута женщине не использовать руку на стороне мастэктомии.

## II Выполнение процедуры:

1) Обработать область венепункции не менее чем двумя салфетками или ватными шариками с кожным антисептиком движениями в одном направлении, одновременно определяя наиболее наполненную вену. Если рука пациента сильно загрязнена, использовать столько ватных шариков с антисептиком, сколько необходимо.

2) Подождать до полного высыхания антисептического раствора (30-60 с). Нельзя вытирать и обдуть место прокола, чтобы не занести микроорганизмы. Нельзя также пальпировать вену после дезинфекции. Если во время венепункции возникли сложности, и вена пальпировалась повторно, эту область нужно продезинфицировать снова.

3) Взять шприц, фиксируя указательным пальцем канюлю иглы. Остальные пальцы охватывают цилиндр шприца сверху.

4) Натянуть кожу в области венепункции, фиксируя вену. Держать иглу срезом вверх, параллельно коже, проколоть ее, затем ввести иглу в вену не более чем на  $1/2$  ее длины. При попадании иглы в вену ощущается "попадание в пустоту".

5) Убедиться, что игла в вене: одной рукой удерживая шприц, другой потянуть поршень шприца на себя, при этом в шприц должна поступить кровь (темная, венозная). Когда из канюли иглы покажется кровь, набрать необходимое количество крови.

6) Попросить пациента разжать кулак. Развязать жгут.

7) Прижать к месту инъекции салфетку или ватный шарик с антисептическим раствором. Извлечь иглу, попросить пациента держать

салфетку или ватный шарик у места инъекции 5-7 мин., прижимая большим пальцем второй руки, или заклеить бактерицидным пластырем, или забинтовать место инъекции.

Время, которое пациент держит салфетку/ватный шарик у места инъекции (5-7 мин.), рекомендуемое.

8) Кровь, находящуюся в шприце, аккуратно и медленно, по стенке, перелить в необходимое количество пробирок.

9) Убедиться, что у пациента наружного кровотечения в области венепункции нет.

### III Окончание процедуры:

1) Подвергнуть дезинфекции весь расходованный материал. Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.

2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

3) Уточнить у пациента его самочувствие.

4) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию или оформить направление.

5) Организовать доставку пробирок с полученным лабораторным материалом в лабораторию.

6.2 Алгоритм взятия крови из периферической вены иглой

I Подготовка к процедуре:

- 1) 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.
- 2) Предложить пациенту или помочь ему занять удобное положение: сидя или лежа.
- 3) Промаркировать пробирки, указав ФИО пациента, отделение (с целью исключения ошибки при идентификации пробы биоматериала).
- 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 5) Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика.
- 6) Надеть нестерильные перчатки.
- 7) Подготовить необходимое оснащение.
- 8) Выбрать, осмотреть и пропальпировать область предполагаемой венепункции для выявления противопоказаний для избежания возможных осложнений.

При выполнении венепункции в область локтевой ямки предложить пациенту максимально разогнуть руку в локтевом суставе, для чего подложить под локоть пациента клеенчатую подушечку.

9) Наложить жгут на рубашку или пеленку так, чтобы при этом пульс на ближайшей артерии пальпировался, и попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее.

При выполнении венепункции в область локтевой ямки наложить жгут в средней трети плеча, пульс проверяем на лучевой артерии.

При наложении жгута женщине не использовать руку на стороне мастэктомии.

II Выполнение процедуры:

1) Обработать область венепункции не менее чем двумя салфетками или ватными шариками с кожным антисептиком движениями в одном направлении, одновременно определяя наиболее наполненную вену. Если рука пациента сильно загрязнена, использовать столько ватных шариков с антисептиком, сколько необходимо.

2) Подождать до полного высыхания антисептического раствора (30-60 с). Нельзя вытирать и обдуть место прокола, чтобы не занести на него микроорганизмы. Нельзя также пальпировать вену после дезинфекции. Если во время венепункции возникли сложности, и вена пальпировалась повторно, эту область нужно продезинфицировать снова.

3) Взять иглу необходимого для данной методики размера, вскрыть упаковочный пакет.

4) Охватить пальцами канюлю иглы, под канюлю положить марлевую салфетку.

5) Натянуть кожу в области венепункции, фиксируя вену. Держать иглу срезом вверх параллельно коже, проколоть ее, затем ввести иглу в вену не более чем на 1/2 ее длины. При попадании иглы в вену ощущается "попадание в пустоту".

6) Когда из канюли иглы покажется кровь, подставить под канюлю пробирку и набрать необходимое количество крови.

7) Попросить пациента разжать кулак. Развязать жгут.

8) Прижать к месту инъекции салфетку или ватный шарик с антисептическим раствором. Извлечь иглу, попросить пациента держать салфетку или ватный шарик у места инъекции 5-7 мин., прижимая большим пальцем второй руки, или заклеить бактерицидным пластырем, или забинтовать место инъекции.

Время, которое пациент держит салфетку или ватный шарик у места инъекции (5-7 мин.), рекомендуемое.

9) Убедиться, что наружного кровотечения в области венепункции нет.

### III Окончание процедуры:

- 1) Подвергнуть дезинфекции весь расходуемый материал. Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.
- 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 3) Уточнить у пациента его самочувствие.
- 4) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию или оформить направление.
- 5) Организовать доставку пробирок с полученным лабораторным материалом в лабораторию.

6.3 Алгоритм взятия крови из периферической вены с помощью закрытых вакуумных систем

I Подготовка к процедуре:

- 1) 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.
- 2) Предложить пациенту или помочь ему занять удобное положение: сидя или лежа.
- 3) Промаркировать пробирки, указав ФИО пациента, отделение (с целью исключения ошибки при идентификации пробы биоматериала).
- 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 5) Обработать руки антисептиком. Не сушить, дождаться полного высыхания антисептика.
- 6) Надеть нестерильные перчатки.

7) Выбрать пробирки, соответствующие заявленным тестам или необходимым пациенту лабораторным исследованиям, приготовить иглу, держатель, спиртовые салфетки, пластырь.

8) Наложить жгут на рубашку или пеленку на 7-10 см выше места венепункции. Жгут нужно накладывать не более чем на одну минуту. Большое время сдавливания вены может повлиять на результаты анализов вследствие изменения концентраций в крови некоторых показателей.

9) Попросить пациента сжать кулак. Нельзя задавать для руки физическую нагрузку (энергичное "сжатие и разжатие кулака"), т.к. это может привести к изменениям концентрации в крови некоторых показателей. Выбрать место венепункции. Наиболее часто используются средняя локтевая и подкожные вены, однако можно пунктировать и менее крупные и полнокровные вены тыльной поверхности запястья и кисти.

## II Выполнение процедуры:

1) Взять иглу и снять защитный колпачок с нее. Если используется двусторонняя игла, снять защитный колпачок серого или белого цвета.

2) Вставить иглу в иглодержатель и завинтить до упора.

3) Продезинфицировать место венепункции марлевой салфеткой или тампоном, смоченным антисептическим раствором, круговыми движениями от центра к периферии.

4) Подождать до полного высыхания антисептического раствора (30-60 с). Нельзя вытирать и обдуть место прокола, чтобы не занести микроорганизмы. Нельзя также пальпировать вену после дезинфекции. Если во время венепункции возникли сложности, и вена пальпировалась повторно, эту область нужно продезинфицировать снова.

5) Снять колпачок с другой стороны иглы.

6) Обхватить левой рукой предплечье пациента так, чтобы большой палец находился на 3-5 см ниже места венепункции, натянуть кожу.

7) Расположить иглу по одной линии с веной скосом вверх и пунктировать вену под углом 15-30° к коже.

8) Вставить заранее приготовленную пробирку в иглодержатель до упора и удерживать ее, пока кровь не перестанет поступать в пробирку. Жгут необходимо снять сразу же после начала поступления крови в пробирку. Убедиться, что пациент разжал кулак. Кровь проходит в пробирку, пока полностью не компенсирует созданный в ней вакуум. Если кровь не идет, это значит, что игла прошла вену насквозь - в этом случае нужно немного вытянуть иглу, но не вынимать, пока кровь не пойдет в пробирку. Точность заполнения пробирки составляет  $\pm 10\%$  от номинального объема.

9) Извлечь пробирку из держателя.

10) Сразу же после заполнения пробирку нужно аккуратно перевернуть для смешивания пробы с наполнителем: пробирку без антикоагулянтов - 5-6 раз; пробирку с цитратом - 3-4 раза; пробирку с гепарином, ЭДТА и другими добавками - 8-10 раз. Пробирки нельзя встряхивать - это может вызвать пенообразование и гемолиз, а также привести к механическому лизису эритроцитов.

Если это необходимо, в иглодержатель вставляется ряд других пробирок для получения нужного объема крови для различных исследований. Повторно вводить иглу в вену для этого не нужно.

11) После того как все необходимые пробирки будут наполнены, приложить сухую стерильную салфетку к месту венепункции и извлечь иглу.

### III Окончание процедуры:

- 1) Использованную иглу вместе с одноразовым держателем поместить в контейнер для острых предметов. Многоцветные держатели отсоединяются путем помещения иглы в специальное отверстие в крышке контейнера. Игла откручивается от держателя, оставаясь в контейнере. В целях предотвращения контакта с кровью запрещается разбирать иглу и держатель в руках!
- 2) Убедиться, что наружного кровотечения у пациента в области венопункции нет.
- 3) Наложить давящую повязку на руку или бактерицидный пластырь.
- 4) Обработать руки в перчатках дезинфицирующим средством.
- 5) Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал. Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.
- 6) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 7) Уточнить у пациента его самочувствие.
- 8) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию или оформить направление.
- 9) Организовать доставку пробирок с полученным лабораторным материалом в лабораторию

7           Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики

Обязательно нанести на этикетку, находящуюся на пробирке, наименование медицинской организации, фамилию и инициалы пациента, его пол, возраст, дату и время взятия крови и отправить пробирку в лабораторию. Этикетки всегда должны заполняться в присутствии пациента.

Транспортировать в соответствующие лаборатории промаркированные пробирки в вертикальном положении в специальных контейнерах с крышками, подвергающихся дезинфекции.

При взятии крови из периферической вены на исследования с использованием различных реагентов необходимо соблюдать следующую последовательность: вначале проводится взятие крови без антикоагулянтов, затем в пробирки с антикоагулянтами во избежание загрязнения ими.

Порядок получения крови для исследования:

- кровь для микробиологических исследований;
- нативная кровь без антикоагулянтов для получения сыворотки с использованием пробирки с гелем или ускорителями свертывания;
- цитратная кровь для коагулологических исследований;
- кровь с этилендиаминтетрауксусной кислотой (ЭДТУК, ЭДТА) для гематологических исследований;
- кровь с ингибиторами гликолиза (фториды) для исследования глюкозы;
- кровь с литиевым гепарином (ЛН) для газов и электролитов.

|

|

|

Сыворотка и плазма должны быть свободны от гемолиза. Помните, что чрезмерно длительный стаз (1 мин.) способен вызвать изменения концентрации белков от 5 до 15%, газов крови, электролитов (K, Ca), билирубина, показателей коагулограммы.

При слишком быстром всасывании крови в шприц вызывается частичный гемолиз, как и использование игл слишком большого диаметра (завихрение в токе крови).

Применение закрытых резиновыми мембранами вакуумных пробирок со специальными обоюдоострыми иглами заметно убыстряет процесс сбора крови.

Взятие крови из центрального венозного катетера должен осуществляться до проведения диагностических процедур, инфузионных вливаний, переливания крови, растворов, пункций, инъекций, биопсий, пальпаций, эндоскопий, диализа.

Удалите кровь в тройном объеме равном объему мертвого пространства системы катетера ( $3 \times d \times \text{длинну катетера}$ ) - забирают отдельно в шприц или пустую вакуумную пробирку (при невыполнении этих правил снижается достоверность анализа за счет разбавления крови). После введения через катетер гепарина (для промывания или с лечебной целью) брать кровь на коагулограмму нельзя.

Взятие крови проводят натошак. Пункцируют периферические вены. Взятие крови из микрокатетера, иглы-"бабочки", периферического катетера путем венесекции допустим только в крайнем случае, когда нет другой возможности.

Ребенку до 6 мес. забор крови осуществляется в положении лежа. Старше 1 года до 5-7 лет помощник усаживает ребенка

	<p>к себе на колени, удерживая ноги своими скрещенными ногами, голову фиксирует одной рукой за лоб, другой охватывает туловище с прижатой одной рукой.</p> <p>Перед началом процедуры у женщин уточнить, не было ли мастэктомии, брать кровь со стороны мастэктомии не рекомендуется.</p> <p>С целью правильного использования закрытых систем для взятия крови с учетом ее конструктивных особенностей необходимо следовать рекомендациям и инструкциям производителя</p>
<p>8 Достигаемые результаты и их оценка</p>	<p>Получение полного объема крови, необходимого для исследований.</p> <p>Своевременная доставка крови в лабораторию.</p> <p>Пациент чувствует себя комфортно</p>
<p>9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p>	<p>Пациент или его родители (для детей до 15 лет) должны быть информированы о предстоящей процедуре.</p> <p>Информация о процедуре, сообщаемая врачом, медсестрой, фельдшером или акушеркой, включает сведения о цели данного действия.</p> <p>Письменное подтверждение согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) не обязательно, так как данное действие не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента</p>

<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации.</p> <p>Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения).</p> <p>Отсутствие постинъекционных осложнений.</p> <p>Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.</p> <p>Пробы своевременно доставлены в лабораторию</p> <p>Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии</p>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 0,5</p>
<p>12 Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Отсутствуют</p>
<p>13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p>	<p>Отсутствуют</p>

## 10 Технология выполнения простой медицинской услуги "Промывание желудка"

Технология промывания желудка входит в ТПМУИВ и имеет код А11.16.008 по [\[1\]](#).

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 7.

Таблица 7 - ТПМУИВ "Промывание желудка"

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>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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>Использование перчаток во время процедуры</p>

<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Амбулаторно-поликлинические. Стационарные. Санаторно-курортные</p>
<p>4 Функциональное назначение простой медицинской услуги</p>	<p>Профилактика заболеваний. Диагностика заболеваний</p>
<p>5 Материальные ресурсы</p> <p>5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения</p> <p>5.2 Реактивы</p>	<p>Толстый стерильный желудочный зонд диаметром 10-15 мм, длиной 100-120 см с метками на расстоянии 45, 55, 65 см от слепого конца.</p> <p>Резиновая трубка длиной 70 см (для удлинения зонда) и стеклянная соединительная трубка диаметром не менее 8 мм.</p> <p>Шприц Жанэ.</p> <p>Фонендоскоп.</p> <p>Тонометр.</p> <p>Шелковая нить.</p> <p>Емкость для промывных вод.</p> <p>Водный термометр.</p> <p>Непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.</p> <p>Отсутствуют.</p>

<p>5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты</p>	<p>Отсутствуют.</p>
<p>5.4 Продукты крови</p>	<p>Отсутствуют.</p>
<p>5.5 Лекарственные средства</p>	<p>Жидкое вазелиновое масло или глицерин.</p>
<p>5.6 Прочий расходный материал</p>	<p>Часы.</p> <p>Воронка емкостью 1 л.</p> <p>Полотенце.</p> <p>Фартук клеенчатый для пациента и медицинского работника.</p> <p>Перчатки нестерильные.</p> <p>Ведро (с чистой водой комнатной температуры объемом 10 л).</p> <p>Ковш.</p> <p>Стерильные марлевые салфетки</p>
<p>6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p>	

6.1 Промывание с применением зонда (пациент в сознании)

I Подготовка к процедуре:

1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру промывания желудка (если он в сознании). В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

2) Усадить пациента на стул со спинкой или уложить на кушетку в положении на боку. Детей младшего возраста усадить на колени помощника.

3) Измерить артериальное давление, подсчитать пульс, если состояние пациента позволяет это сделать.

4) Снять зубные протезы у пациента (если они есть).

5) Обработать руки гигиеническим способом, осушить, надеть перчатки, фартук.

6) Поставить таз к ногам пациента или к головному концу кушетки, если положение пациента лежа.

7) Измерить шелковой нитью расстояние от резцов до пупка плюс ширина ладони пациента. Глубина введения зонда у ребенка определяется от переносицы до пупка или от мочки уха до кончика носа и до конца мечевидного отростка.

8) Перенести метку на зонд, начиная от закругленного конца.

9) Взять зонд в правую руку как "писчее перо" на расстоянии 10 см от закругленного конца.

## II Выполнение процедуры:

- 1) Встать сбоку от пациента.
- 2) Предложить пациенту открыть рот, слегка запрокинуть голову назад. Ребенка младшего возраста зафиксировать. Для этого левую руку положить на лоб ребенка, правой рукой охватить его руки (выполняет помощник). Ноги ребенка удерживаются скрещенными ногами помощника. Предварительно для лучшей фиксации обернуть больного в пеленку или простыню. Надеть на пациента фартук. Конец фартука опустить в емкость для сбора промывных вод. Детям младшего возраста положить на грудь пеленку.
- 3) Смочить слепой конец зонда водой или глицерином.
- 4) Положить зонд на корень языка, попросить пациента сделать глотательное движение одновременно с продвижением зонда.
- 5) Наклонить голову пациента вперед, вниз.
- 6) Медленно продвигать зонд вслед за глотательными движениями до метки, при этом попросить пациента глубоко дышать через нос.
- 7) Убедиться, что зонд в желудке "воздушной пробой" (присоединить шприц Жанэ, ввести воздух, с помощью фонендоскопа прослушать появление булькающих звуков). Во время введения зонда ребенку обратить внимание на его состояние (отсутствие кашля и цианоза).
- 8) Продвинуть зонд на 7-10 см.
- 9) Присоединить воронку к зонду.
- 10) Опустить воронку ниже положения желудка пациента.
- 11) Заполнить воронку водой больше половины,

держа ее наклонно. Для детей на первую порцию берется жидкость из расчета не более 15 мл/кг массы тела. При последующих введениях количество вводимой жидкости должно соответствовать количеству выведенных промывных вод.

12) Медленно поднять воронку выше уровня желудка так, чтобы вода поступала из воронки в желудок.

13) Как только вода достигнет устья воронки, быстро опустить воронку ниже уровня желудка, чтобы содержимое желудка наполнило воронку полностью.

14) При необходимости слить содержимое для бактериологического исследования в стерильную пробирку, для химического исследования - в емкость с притертой пробкой, а оставшуюся часть - в емкость для сбора промывных вод.

15) Повторить промывание несколько раз до чистых промывных вод.

16) Воронку снять, зонд извлечь через салфетку, смоченную дезинфицирующим средством.

### III Окончание процедуры:

1) Поместить зонд, воронку в контейнер с дезинфицирующим средством, салфетку - в контейнер.

2) Промывные воды подвергнуть дезинфекции.

3) Дать пациенту прополоскать рот, обтереть полотенцем вокруг рта.

4) Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.

5) Пациента проводить в палату, тепло укрыть, наблюдать за состоянием.

6) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

7) Уточнить у пациента его самочувствие.

8) Отметить в листе назначений о выполненной процедуре

7           Дополнительные  
сведения                           об  
особенностях  
выполнения методики

Если пациент находится в бессознательном состоянии, промывание проводится с использованием шприца Жанэ, или после предварительной интубации трахеи.

При отсутствии зонда начать промывание "стаканным методом": предлагается выпить 6-8 стаканов воды и вызвать рвоту раздражением корня языка, если пациент в сознании. Однако проводить промывание желудка "стаканным методом" не рекомендуется.

Возможно промывание желудка тонким зондом (0,3-0,5 см), введенным интраназально, при этом в шприц Жане набирают воду в объеме 0,5 л, вводят в желудок и аспирируют обратно этим же шприцем.

При уремии промывание проводить 2-4% раствором натрия гидрокарбоната.

При подозрении на отравление, при пищевой токсикоинфекции брать первую порцию промывных вод на исследование в стерильную емкость. При остром экзогенном отравлении в чистую емкость взять первую и последнюю порции промывных вод. Первую - для определения неизвестного яда, последнюю - для определения качества промывания желудка.

Необходимо проводить учет введенного и выведенного объема воды.

При наличии в промывных водах крови проведение процедуры остановить для коррекции последующих действий. При промывании желудка ребенка необходимо выбрать диаметр зонда, соответствующий возрасту: Новорожденному - 2-3 мм;

До 3 мес. - 3-4 мм;

До 3 лет - 5 мм;

До 4-6 лет - 10 мм.

Зонд. До 3 мес. - желудочный катетер N 6, 8, 10, у детей до 3 лет - тонкий зонд, старше - толстый.

Ребенку раннего возраста открыть рот шпателем, обернуть бинтом.

В воронку налить или набрать в шприц воду.

На одномоментное введение в объеме:

Новорожденному - 20 мл;

1-2 мес. - 60-80 мл;

5-6 мес. - 100 мл;

9-12 мес. - 120-150 мл;

2-3 года - 200-250 мл;

6-7 лет - 350-400 мл.

Нельзя допускать полного перехода всей жидкости из шприца (воронки) в желудок, т.к. после жидкости насасывается воздух, что затрудняет в дальнейшем удаление содержимого желудка.

С целью профилактики водно-солевых нарушений и развития отека головного мозга для процедуры следует использовать солевые растворы (изотонический раствор натрия хлорида, раствор Рингера, гемодез, воду с добавлением поваренной соли), контролировать количество жидкости, введенной в желудок и выведенной из него.

Контроль состояния ребенка. У детей раннего возраста поршень не извлекают. С его помощью удаляют содержимое желудка.

После процедуры очередное кормление ребенка следует пропустить!

8 Достижимые результаты и их оценка

Наличие чистых промывных вод

<p>9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p>	<p>Пациент или его родители (для детей до 15 лет) должны быть информированы о предстоящей процедуре (если он в сознании). Информация, сообщаемая медицинским работником, включает сведения о цели и ходе данной процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, т.к. данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется</p>
<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации.</p> <p>Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения).</p> <p>Отсутствие осложнений.</p> <p>Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.</p> <p>Пробы своевременно доставлены в лабораторию.</p> <p>Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии</p>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ врача - 0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 3,0</p>

<p>12 Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Отсутствуют</p>
<p>13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p>	<p>Отсутствуют</p>

## **11 Технология выполнения простой медицинской услуги "Введение лекарственных средств с помощью клизмы"**

Технология введения лекарств с помощью клизмы входит в ТПМУИВ и имеет код А11.19.005 по [1].

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 8.

Таблица 8 - ТПМУИВ "Введение лекарственных средств с помощью клизмы"

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>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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. Использование перчаток во время процедуры</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Амбулаторно-поликлинические.</p> <p>Стационарные.</p> <p>Санаторно-курортные</p>

4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний
<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>Грушевидный баллон на 150 мл.</p> <p>Газоотводная трубка.</p> <p>Штатив для капельных вливаний.</p> <p>Система для капельного введения.</p> <p>Шприц.</p> <p>Лоток.</p> <p>Пинцет.</p> <p>Стерильный наконечник.</p> <p>Шпатель.</p> <p>Ширма (если процедура выполняется в палате).</p> <p>Водный термометр.</p> <p>Непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.</p> <p>Отсутствуют.</p> <p>Отсутствуют.</p> <p>Отсутствуют.</p>

<p>5.5 Лекарственные средства</p>	<p>Вазелин.</p> <p>Лекарственные препараты по назначению врача.</p> <p>Нестерильные перчатки.</p>
<p>5.6 Прочий расходуемый материал</p>	<p>Туалетная бумага.</p> <p>Фартук влагонепроницаемый.</p> <p>Подкладная пленка влагоустойчивая одноразовая.</p> <p>Пленка для укрывания пациента.</p> <p>Клеенка</p>
<p>6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p>	

6.1 Алгоритм введения лекарственных препаратов с помощью клизм

I Подготовка к процедуре:

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

2) Подготовьте все необходимое оснащение для выполнения данной процедуры.

3) Отгородить пациента ширмой (если процедура выполняется в многоместной палате).

4) Попросить пациента принять позу: положение на левом боку, ноги согнуты в коленях. Если пациенту противопоказано положение на боку, он может находиться в положении лежа на спине с согнутыми в коленях и разведенными в стороны ногами.

5) Подложить под ягодицы и бедра пациента клеенку и пеленку.

6) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

7) Надеть фартук и нестерильные перчатки.

## II Выполнение процедуры:

1) Набрать в грушевидный баллон теплого лекарственного препарата температурой 37-38°C (количество вводимого лекарственного препарата определяет врач).

2) Закругленный конец газоотводной трубки смазать вазелином на протяжении 30 см.

3) Закругленный конец трубки взять в правую руку как "писчее перо", а свободный конец зажать 4 и 5 пальцами.

4) Раздвинуть ягодицы 1 и 2 пальцами левой руки. Правой рукой ввести газоотводную трубку на глубину 15-30 см (первые 3-4 см - по направлению к пупку, а остальные - по направлению позвоночника) так, чтобы наружный конец выступал не менее 10 см. У детей младшего возраста глубина введения трубки 6-15 см, с 10-12 лет вводить на глубину 15-30 см.

5) При однократном введении: присоединить к трубке грушевидный баллон или шприц и медленно ввести лекарственный препарат. Не разжимая грушевидный баллон, отсоединить его от газоотводной трубки, извлечь газоотводную трубку и поместить ее вместе с грушевидным баллоном в лоток.

6) При капельном введении: большим и указательным пальцами левой руки раздвинуть ягодицы, а правой рукой ввести наконечник в прямую кишку; отрегулировать скорость вливания раствора.

7) Укрыть пациента одеялом.

8) По окончании процедуры вытереть салфеткой (или туалетной бумагой) кожу в области анального отверстия (у женщин в направлении спереди назад).

### III Окончание процедуры:

1) Поместить бумагу в пластиковый пакет или лоток.

2) Снять фартук, перчатки, газоотводную трубку, наконечник поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.

3) Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептического раствора).

4) Если процедура проводилась в манипуляционной, сопроводить пациента в палату.

5) Уточнить у пациента его самочувствие.

6) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинской документации

<p>7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p>	<p>За 20-30 мин. до постановки лекарственной клизмы, а также лекарственной микроклизмы, сделать пациенту очистительную клизму.</p> <p>При проведении капельных вливаний 5% раствора глюкозы, 0,9% раствора хлорида натрия к флакону прикрепляют грелку для поддержания температуры раствора (40-42°C), скорость введения должна быть не более 60-80 кап/мин.</p> <p>При введении лекарственных средств с помощью клизм у детей:</p> <p>Выбирают положение ребенка до 6 мес. на спине, в старшем возрасте - на левом боку с приведенными к животу ногами. Температура раствора должна быть 36-37°C. Количество раствора - 15-30 мл, у детей до 1 года, старше - не более 50 мл. Наконечник баллона смазывают вазелиновым маслом и вводят по направлению к пупку, затем параллельно к копчику. По окончании процедуры ребенок должен принять горизонтальное положение и соблюдать покой не менее 30 мин.</p>
<p>8 Достижимые результаты и их оценка</p>	<p>Самочувствие пациента стабильное.</p> <p>Реакций на введение лекарственного препарата нет.</p> <p>Осложнений процедуры не наблюдается.</p> <p>Пациент чувствует себя комфортно</p>

<p>9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p>	<p>Пациент или его родители (для детей до 15 лет) должны быть информированы о предстоящей процедуре. Информация о введении лекарственных средств с помощью клизмы, сообщаемая медицинским работником, включает сведения о цели и ходе данного исследования. Письменное согласие пациента требуется в случае применения лекарственных препаратов, проходящих испытания или требующих особого выполнения режимных моментов (длительность применения, выполнение методических рекомендаций по нормам здорового образа жизни)</p>
<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации.</p> <p>Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения).</p> <p>Отсутствие осложнений.</p> <p>Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.</p> <p>Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии</p>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ врача - 0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 1,0</p>

12 Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствуют
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

## Библиография

[1] [Номенклатура медицинских услуг](#) (Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, 2011 г.)

---

УДК  
083:006.354

616- ОКС 11.160

P24

ОКП 94 4000

Ключевые слова: технологии выполнения простых медицинских услуг, специальные методы получения исследуемых образцов, методы доступа и введения

---

Электронный текст документа  
подготовлен АО "Кодекс" и сверен по:  
официальное издание  
М.: Стандартинформ, 2016

ГОСТ Р 52623.2-2015

Группа Р24

## НАЦИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Технологии выполнения простых медицинских услуг

ДЕСМУРГИЯ, ИММОБИЛИЗАЦИЯ, БАНДАЖИ, ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ ПОСОБИЯ

Technologies of simple medical services. Desmurgy, immobilization, bandages, orthopedic benefits

ОКС 11.160

ОКП 94 4000

Дата введения 2016-03-01

Предисловие

1 РАЗРАБОТАН Межрегиональной общественной организацией "Общество фармакоэкономических исследований"

2 ВНЕСЕН Техническим комитетом по стандартизации ТК 466 "Медицинские технологии"

3 УТВЕРЖДЕН И ВВЕДЕН В ДЕЙСТВИЕ [Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии Российской Федерации от 31 марта 2015 г. N 198-ст](#)

#### 4 ВВЕДЕН ВПЕРВЫЕ

*Правила применения настоящего стандарта установлены в [ГОСТ Р 1.0-2012](#) (раздел 8). Информация об изменениях к настоящему стандарту публикуется в ежегодном (по состоянию на 1 января текущего года) информационном указателе "Национальные стандарты", а официальный текст изменений и поправок - в ежемесячном информационном указателе "Национальные стандарты". В случае пересмотра (замены) или отмены настоящего стандарта соответствующее уведомление будет опубликовано в ближайшем выпуске ежемесячного информационного указателя "Национальные стандарты". Соответствующая информация, уведомление и тексты размещаются также в информационной системе общего пользования - на официальном сайте Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии в сети Интернет ([www.gost.ru](http://www.gost.ru))*

#### 1 Область применения

Настоящий стандарт устанавливает требования к технологиям выполнения простых медицинских услуг (ТПМУ) хирургического и травматологического профилей (далее - ТПМУХТП), включая:

- перевязки при нарушениях целостности кожных покровов;
- перевязки при гнойных заболеваниях кожи и подкожной клетчатки;
- иммобилизацию при переломах костей.

Настоящий стандарт предназначен для применения медицинскими организациями и учреждениями федеральных, территориальных и муниципальных органов управления здравоохранением, систем обязательного и добровольного медицинского страхования, другими медицинскими организациями различных организационно-правовых форм деятельности, направленной на оказание медицинской помощи.

## 2 Нормативные ссылки

В настоящем стандарте использована нормативная ссылка на следующий стандарт:

[ГОСТ Р 52623.0-2006](#) Технологии выполнения простых медицинских услуг.

Общие положения

Примечание - При пользовании настоящим стандартом целесообразно проверить действие ссылочных стандартов в информационной системе общего пользования - на официальном сайте Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии в сети Интернет или по ежегодному информационному указателю "Национальные стандарты", который опубликован по состоянию на 1 января текущего года, и по выпускам ежемесячного информационного указателя "Национальные стандарты" за текущий год. Если заменен ссылочный стандарт, на который дана недатированная ссылка, то рекомендуется использовать действующую версию этого стандарта с учетом всех внесенных в данную версию изменений. Если заменен ссылочный стандарт, на который дана датированная ссылка, то рекомендуется использовать версию этого стандарта с указанным выше годом утверждения (принятия). Если после утверждения настоящего стандарта в ссылочный стандарт, на который дана датированная ссылка, внесено изменение, затрагивающее положение, на которое дана ссылка, то это положение рекомендуется применять без учета данного изменения. Если ссылочный стандарт отменен без замены, то положение, в котором дана ссылка на него, рекомендуется применять в части, не затрагивающей эту ссылку.

## 3 Общие положения

3.1 Настоящий стандарт разработан в соответствии с [ГОСТ Р 52623.0](#) и обеспечивает решение следующих задач при выполнении технологий простых медицинских услуг хирургического и травматологического профилей:

- установление единых требований к технологиям и структурирование методик их выполнения;
- унификация расчета затрат на выполнение простых медицинских услуг;
- установление единых требований к формированию навыков выполнения простых медицинских услуг на додипломном и последипломном уровнях профессионального медицинского образования;
- оценка качества выполнения простой медицинской услуги.

3.2 ТПМУ представляют собой систематизированные своды медицинских правил и условий, технического обеспечения, определяющих порядок и последовательность действий, выполняемых медицинским персоналом.

3.3 При разработке технологий выполнения простых медицинских услуг были учтены результаты научных исследований в соответствии с принципами медицины, основанной на доказательствах.

3.4 В случае наличия у пациента заболевания, требующего дополнительных мер безопасности (лихорадка неясного происхождения, особо опасные инфекции и др.), выполнение простой медицинской услуги дополняется особыми мерами безопасности (маска, защитные очки и др.) в соответствии с действующими нормативными документами.

3.5 При выполнении одному пациенту последовательно нескольких простых медицинских услуг (комплекса простых медицинских услуг) из подготовительного этапа технологии выполнения каждой последующей простой медицинской услуги может быть исключена обработка рук. В таком случае обработку рук проводят до и после выполнения всего комплекса простых медицинских услуг.

3.6 Добровольное информированное согласие пациента или его законных представителей на выполнение простой медицинской услуги регламентируется соответствующими нормативными документами. Добровольное информированное согласие пациента может быть получено для выполнения как одной простой медицинской услуги, так и для выполнения их комплекса. Для уверенности в наличии добровольного информированного согласия пациента на выполнение простой медицинской услуги, предоставление простой медицинской услуги начинается с устного контролирующего вопроса о согласии на выполнение назначенной простой медицинской услуги.

## **4 Технология выполнения простой медицинской услуги "Перевязки при нарушениях целостности кожных покровов"**

Технология перевязки при нарушениях целостности кожных покровов входит в ТПМУХТП и имеет код А15.01.001 по [\[1\]](#).

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 1.

Таблица 1 - ТПМУХТП "Перевязки при нарушениях целостности кожных покровов"

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>1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учебного учреждения по специальностям: "лечебное дело", "сестринское дело", "акушерское дело".</p> <p>2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: "лечебное дело", "сестринское дело (бакалавр)".</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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>Обязательное использование перчаток во время процедуры</p>

<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Амбулаторно-поликлинические. Стационарные</p>
<p>4 Функциональное назначение простой медицинской услуги</p>	<p>Лечение заболеваний</p>
<p>5 Материальные ресурсы</p> <p>5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения</p> <p>5.2 Реактивы</p>	<p>Перевязочный стол.</p> <p>Стол для инструментов и перевязочного материала.</p> <p>Зажим.</p> <p>Пинцет стерильный.</p> <p>Пинцет нестерильный.</p> <p>Шпатель стерильный.</p> <p>Шпатель нестерильный.</p> <p>Почкообразный лоток.</p> <p>Хирургические ножницы с одним острым концом.</p> <p>Ножницы Рихтера.</p> <p>Непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.</p> <p>Стул (для проведения перевязки в положении сидя).</p> <p>Отсутствуют.</p>

5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты

Отсутствуют.

5.4 Продукты крови

Отсутствуют.

5.5 Лекарственные средства

Перекись водорода 3%.

Раствор йода спиртовой 5%.

Раствор бриллиантового зеленого.

Октенисепт.

Спирт этиловый 70%.

Фурациллин.

Клеол.

Антисептик для обработки рук.

<p>5.6 Прочий расходный материал</p>	<p>Бинты.</p> <p>Марлевые шарики.</p> <p>Стерильные большие марлевые салфетки.</p> <p>Стерильные средние марлевые салфетки.</p> <p>Пластырь.</p> <p>Пеленка одноразовая.</p> <p>Перчатки нестерильные.</p> <p>Перчатки стерильные.</p> <p>Пластиковый пакет.</p> <p>Очки.</p> <p>Маска</p>
<p>6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</p>	

## 6.1 Алгоритм проведения перевязки

### I Подготовка к процедуре:

1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру перевязки. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

3) Подготовить все необходимое для перевязки.

4) Помочь пациенту раздеться или освободить повязку от одежды, предложить принять удобное положение в постели, на перевязочном столе, стуле.

5) Надеть нестерильные перчатки.

### II Выполнение процедуры:

1) Снять фиксирующую повязку бережно и щадяще (пластырь или клеоловую салфетку, бинт) с помощью ножниц Рихтера.

2) Снять поочередно салфетки, прикрывающие рану, по направлению вдоль раны (при снятии повязки в поперечном направлении края раны расходятся, что затрудняет сращение, пациент ощущает боль). При снятии повязки для уменьшения неприятных ощущений кожу необходимо придерживать шариком на пинцете. Если повязка не снимается, можно попробовать удалить ее с помощью шарика на пинцете, смоченного раствором перекиси водорода.

3) Поместить использованный материал в емкость для дезинфекции или пластиковый пакет (при выполнении процедуры в палате).

4) Снять перчатки, положить их в емкость для отработанного материала для дезинфекции или пластиковый пакет.

5) Обработать руки антисептическим раствором, не высушивать, дождаться полного высыхания антисептика.

6) Надеть стерильные перчатки, взять стерильный пинцет.

7) Осмотреть рану и кожу вокруг нее. Обратит внимание на запах, характер отделяемого, состояние краев (слипшиеся, зияют), наличие симптомов воспаления (боль, отек, гиперемия).

8) Обработать окружающую рану кожу стерильными марлевыми шариками, меняя их после каждого движения, и перемещая тампон от наименее загрязненного участка к наиболее загрязненному и от центра кнаружи, вначале сухими, затем смоченными растворами антисептика (спирт этиловый 70%), края раны смазывают 5%-ным раствором йода или 1%-ным раствором бриллиантового зеленого.

9) Удалить скопившийся экссудат (если есть), промокнув стерильными шариками или промыванием 3%-ным раствором перекиси водорода, после чего осушить рану сухими тампонами.

10) По назначению врача нанести на рану мазь с помощью шпателя или наложить салфетку, смоченную лекарственным препаратом.

11) Прикрыть рану стерильными салфетками с помощью пинцета не менее чем в три слоя.

12) Фиксировать салфетки полосками лейкопластыря, бинтом или клеевой повязкой.

### III Окончание процедуры:

1) Поместить использованные инструменты в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.

2) Снять перчатки и поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.

3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

4) Уточнить у пациента его самочувствие, сообщить пациенту о состоянии раны, проинструктировать его о дальнейших действиях.

5) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации

<p>7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p>	<p>Перевязка может быть проведена по медицинским показаниям у постели пациента. Для ее проведения используют передвижной манипуляционный столик. Манипуляции проводят с соблюдением правил асептики и антисептики.</p> <p>В течение 15-20 мин после манипуляции необходимо наблюдать за состоянием повязки (фиксация, пропитывание отделяемым). При пропитывании повязки кровью сообщить врачу. При наличии признаков воспаления организовать вызов врача.</p> <p>Возможно использовать современные препараты для удаления остатков перевязочного материала (хлоргексидина диглюконат, Повидон-йод), фиксации повязки и лечения ран (специальные пленки, гидрогели, гидроколлоиды, атравматические сетчатые повязки, суперпоглотители, губчатые повязки, альгинатные повязки)</p>
<p>8 Достигаемые результаты и их оценка</p>	<p>Профилактика развития инфекции и осложнений.</p> <p>Заживление раны в установленные сроки.</p> <p>Заживление раны первичным натяжением.</p> <p>Ощущение комфорта у пациента</p>

<p>9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p>	<p>Пациент или его родители (законные представители) (для детей до 15 лет) должны быть информированы о предстоящем лечении и проведении лечебных процедур. Информация о предстоящих процедурах сообщается врачом, медсестрой или фельдшером и включает в себя сведения о цели проводимого лечения, желаемых результатах и возможных осложнениях.</p> <p>Требуется письменное подтверждение согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на проведение лечебных процедур, так как они являются потенциально опасными для здоровья пациента</p>
<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Отсутствие осложнений во время и после проведения процедуры.</p> <p>Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения измерения.</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>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ врача - 3,0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 2,0</p>

12                      Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствуют
13      Формулы, расчеты, нормограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

## **5 Технология выполнения простой медицинской услуги "Перевязки при гнойных заболеваниях кожи и подкожной клетчатки"**

Технология перевязки при гнойных заболеваниях кожи и подкожной клетчатки входит в ТПМУХТП и имеет код А15.01.002 по [\[1\]](#).

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 2.

Таблица 2 - ТПМУХТП "Перевязки при гнойных заболеваниях кожи и подкожной клетчатки"

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>1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учебного учреждения по специальностям: "лечебное дело", "сестринское дело", "акушерское дело".</p> <p>2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: "лечебное дело", "сестринское дело (бакалавр)".</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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>Обязательное использование перчаток во время процедуры</p>

<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Стационарные. Амбулаторно-поликлинические</p>
<p>4 Функциональное назначение простой медицинской услуги</p>	<p>Лечение 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>Зажим.</p> <p>Пинцет нестерильный.</p> <p>Пинцет стерильный.</p> <p>Пуговчатый зонд.</p> <p>Хирургические ножницы с одним острым концом.</p> <p>Ножницы Рихтера.</p> <p>Желобоватый зонд.</p> <p>Зажим Москит.</p> <p>Скальпель.</p> <p>Дренажная трубка.</p> <p>Непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.</p> <p>Отсутствуют.</p> <p>Отсутствуют.</p>

5.4 Продукты крови

Отсутствуют.

5.5 Лекарственные средства

Перекись водорода 3%.

Раствор йода спиртовой 5%.

Раствор бриллиантового зеленого.

Октенисепт.

Гипертонический раствор натрия хлорида 10%.

Спирт этиловый 70%.

Лекарственные средства по назначению врача.

Клеол.

Антисептик для обработки рук.

5.6 Прочий расходный материал

Бинты.

Стерильные ватные шарики.

Стерильные марлевые салфетки разных размеров.

Пластырь.

Перчатки стерильные.

Перчатки нестерильные.

Клеенка (одноразовая влагоустойчивая пленка).

Клеенчатый (одноразовый пластиковый) фартук.

Очки

6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	
---	--

## 6.1 Алгоритм перевязки при гнойных заболеваниях кожи и подкожной клетчатки

### I Подготовка к процедуре:

- 1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и его переносимость. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 3) Надеть нестерильные перчатки.
- 4) Подготовить все необходимое для перевязки.
- 5) Помочь пациенту раздеться и попросить принять удобное положение на перевязочном столе или на стуле.
- 6) Подложить клеенку под область перевязки.
- 7) Надеть очки, защитную одежду (фартук, маску).

### II Выполнение процедуры:

- 1) Снять фиксирующую повязку (пластырь или клеоловую салфетку, бинт) с помощью ножниц Рихтера.
- 2) Снять поочередно все слои повязки в направлении от одного края раны к другому (тяга поперек раны увеличивает ее зияние и причиняет боль), кожу при снятии повязки следует придерживать марлевым шариком или пинцетом, не позволяя ей тянуться за повязкой. Присохшую повязку следует отслаивать

шариком, смоченным в 3%-ном растворе перекиси водорода (иногда присохшие повязки лучше удалять после отмачивания, если состояние раны позволяет применить ванну из теплого раствора перманганата калия 1:3000).

3) Поместить использованный материал в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.

4) Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.

5) Обработать антисептиком руки, не высушивать, дождаться полного высыхания антисептика.

6) Надеть стерильные перчатки, взять стерильный пинцет.

7) Осмотреть рану и окружающую ее область (запах, отделяемое, сближение краев раны, отечность, болезненность).

8) Обработать кожу вокруг раны стерильными марлевыми шариками, меняя их после каждого движения, и перемещая тампон от наименее загрязненного участка к наиболее загрязненному и от центра кнаружи, вначале сухими, затем смоченными растворами антисептика (спирт этиловый 70%), края раны смазывают 5%-ным раствором йода или 1%-ным раствором бриллиантового зеленого.

9) Удалить скопившийся экссудат, если есть, промокнув стерильными шариками или промыванием 3%-ным раствором перекиси водорода, после чего рану осушить сухими тампонами.

10) По назначению врача нанести на рану мазь или другое лекарственное средство стерильным шпателем.

11) Наложить новую стерильную повязку в три слоя пинцетом. Если рана дренирована - наложить салфетку типа "штанишки".

12) Зафиксировать повязку пластырем, липкой повязкой или бинтом в зависимости от места нахождения раны.

### III Окончание процедуры:

1) Поместить использованные инструменты в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.

2) Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.

3) Снять очки, защитную одежду (передник или халат, маску) и сбросить в емкость или пакет для сбора белья.

4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

5) Уточнить у пациента его самочувствие, сообщить пациенту о состоянии раны, проинструктировать его о дальнейших действиях.

6) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации

<p>7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p>	<p>Перевязку при гнойных заболеваниях кожи и подкожной клетчатки проводят ежедневно. В зависимости от состояния раны, количества отделяемого из раны, перевязка может быть показана два раза в сутки.</p> <p>Перевязка может проводиться не в перевязочной, а непосредственно у постели больного, в палате по медицинским показаниям, при соблюдении правил асептики и антисептики.</p> <p>Если рана дренирована трубчатым дренажом, дренаж удаляют по назначению врача. При обильном гнойном отделяемом необходимо дренировать полоской (по указаниям врача) с помощью зонда</p>
<p>8 Достижимые результаты и их оценка</p>	<p>Очищение раны от микробной флоры.</p> <p>Остановка развития гнойного процесса.</p> <p>Заживление раны вторичным натяжением, без формирования келлоидных рубцов, некроза кожи, косметических дефектов</p>

<p>9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p>	<p>Пациент или его родители (законные представители) (для детей до 15 лет) должны быть информированы о предстоящем лечении и проведении лечебных процедур. Информация о предстоящих процедурах сообщается врачом, медсестрой или фельдшером и включает в себя сведения о цели проводимого лечения, желаемых результатах и возможных осложнениях.</p> <p>Требуется письменное подтверждение согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на проведение лечебных процедур, так как они являются потенциально опасными для здоровья пациента</p>
<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Отсутствие осложнений во время и после проведения процедуры.</p> <p>Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения измерения.</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> <p>Ощущение комфорта у пациента после перевязки</p>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 2,0</p>

<p>12                      Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Отсутствуют</p>
<p>13      Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p>	<p>Отсутствуют</p>

## **6 Технология выполнения простой медицинской услуги "Иммобилизация при переломах костей"**

Технология иммобилизации при переломах костей входит в ТПМУХТП и имеет код А15.03.002 по [\[1\]](#).

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 3.

Таблица 3 - ТПМУХТП "Иммобилизация при переломах костей"

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>1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: "лечебное дело", "педиатрия", "сестринское дело (бакалавр)".</p> <p>2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: "лечебное дело", "акушерское дело", "сестринское дело".</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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>Обязательное использование перчаток во время процедуры</p>

<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Транспортные. Стационарные. Амбулаторно-поликлинические</p>
<p>4 Функциональное назначение простой медицинской услуги</p>	<p>Профилактика заболеваний. Лечение заболеваний</p>
<p>5 Материальные ресурсы</p> <p>5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения</p> <p>5.2 Реактивы</p>	<p>Транспортные (стандартные) шины:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Крамера 60x8 см - 4 шт. 110x11 см;</li> <li>- Дитерихса;</li> <li>- пневматические.</li> </ul> <p>Деревянный щит.</p> <p>Ватно-марлевый или пневматический воротник.</p> <p>Кольца Дельбе.</p> <p>Ножницы хирургические.</p> <p>Стерильная укладка с набором инструментария и перевязочного материала для обработки раны.</p> <p>Непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.</p> <p>Отсутствуют.</p>

5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют.
5.4 Продукты крови	Отсутствуют.
5.5 Лекарственные препараты	<p>Антисептический раствор для обработки рук.</p> <p>Дезинфицирующее средство.</p> <p>Анальгетики (в зависимости от локализации и степени тяжести переломов) по назначению врача.</p>
5.6 Прочий расходный материал	<p>Бинты (средние, широкие).</p> <p>Вата медицинская.</p> <p>Марля.</p> <p>Косынка.</p> <p>Медицинская клеенка.</p> <p>Стерильный перевязочный материал.</p> <p>Лейкопластырь.</p> <p>Перчатки нестерильные.</p> <p>Ремень для фиксации бедер</p>

6 методики простой услуги	Характеристика выполнения медицинской	<p>Иммобилизация при переломах костей осуществляется для придания неподвижности поврежденной части тела, предупреждения смещений отломков и повреждения ими кровеносных сосудов, периферической и центральной нервной системы, внутренних органов и мягких тканей.</p>
		<p>Основные принципы транспортной иммобилизации:</p>
		<p>1) Шину накладывают непосредственно на месте происшествия.</p>
		<p>2) Шина обязательно должна захватывать как минимум два сустава (выше и ниже места перелома), при повреждении плеча и бедра - три сустава.</p>
		<p>3) Перед применением жесткие стандартные шины необходимо обернуть ватой, фиксировать бинтом или надеть чехол из прочной ткани.</p>
		<p>4) Не следует снимать одежду с пострадавшего, если ее невозможно снять, для осмотра места повреждения необходимо разрезать ее по швам.</p>
		<p>5) Перед наложением шины необходимо по возможности придать поврежденной конечности среднефизиологическое положение, а если это не возможно - такое положение, при котором конечность меньше всего травмируется.</p>
		<p>6) Моделирование шины следует проводить, прикладывая ее к неповрежденной конечности или к конечности здорового человека такого же роста.</p>
		<p>7) При открытых переломах вправление отломков не проводят: останавливают кровотечение временными способами,</p>

накладывают стерильную повязку, конечность фиксируют в том положении, в котором она находится.

8) При закрытых переломах, особенно нижних конечностей, при фиксации шины повязкой необходимо проводить легкое и осторожное вытяжение поврежденной конечности по оси.

При перекладывании пострадавшего с наложенной шиной на носилки следует поддерживать поврежденную конечность или часть тела.

I Подготовка к процедуре:

6.1 Алгоритм  
иммобилизации при  
переломах костей

- 1) Придать пациенту удобное положение.
- 2) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру иммобилизации. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 4) Надеть перчатки.
- 5) Освободить место травмы от одежды.
- 6) Осмотреть место травмы для определения характера повреждения.
- 7) Подготовить необходимое число шин нужной длины и ширины. Обернуть их ватой, фиксировать бинтом (марлей) или надеть специальный чехол.

## II Выполнение процедуры

2.1 Иммобилизация конечности при переломе костей кисти и пальцев

- 1) Подготовить лестничную шину длиной от концов пальцев поврежденной конечности до локтевого сустава.
- 2) Наложить шину на поврежденную конечность с ладонной стороны.
- 3) Придать кисти физиологическое положение, вложить в ладонь плотный ватный валик.
- 4) Фиксировать шину к конечности бинтом, оставив пальцы открытыми.
- 5) Иммобилизовать поврежденную

конечность с помощью косынки.

## 2.2 Иммобилизация конечности при переломе костей предплечья

1) Подготовленную проволочную шину длиной около 80 см смоделировать по контуру здоровой руки (от пястно-фаланговых суставов до середины плеча).

2) Осторожно согнуть поврежденную конечность в локтевом суставе под прямым углом, предплечье привести в среднее положение между пронацией и супинацией, кисть немного разогнуть, вложить в ладонь плотный ватный валик.

3) Уложить поврежденную конечность на подготовленную шину.

4) Зафиксировать шину бинтом.

5) Имобилизовать поврежденную конечность с помощью косынки.

## 2.3 Иммобилизация конечности при переломе плечевой кости

1) Подготовить лестничную шину нужной длины (от концов пальцев поврежденной конечности до плечевого сустава противоположной стороны), моделировать по неповрежденной конечности.

2) В подмышечную впадину подкладывают ватно-марлевый валик (диаметр 8-10 см), который фиксируют лентой бинта, проведенной через грудь и завязанной на здоровом надплечье. Поврежденную конечность согнуть в локтевом суставе под прямым углом.

3) Уложить на внутреннюю поверхность шины кисть в среднем положении между супинацией и пронацией, вложить под

согнутые пальцы кисти ватно-марлевый валик.

4) Направить шину по задненаружной поверхности поврежденной конечности через плечо на спину до плечевого сустава противоположной стороны.

5) Связать концы шины бинтом через неповрежденное надплечье и подплечную область.

6) Фиксировать шину к конечности спиральными ходами бинта до локтевого сгиба или средней трети плеча.

Для лучшей фиксации конечности положить повязку Дезо.

2.4 Иммобилизация конечности при переломе ключицы, лопатки, головки шейки плеча

2.4.1 Иммобилизация с использованием косыночной повязки

1) Взять косынку с двумя длинными концами и одним коротким. Середину косынки подвести под предплечье, согнутое в локтевом суставе до 90°.

2) Один конец косынки расположить между предплечьем и туловищем и провести через здоровое плечо, другой, находящийся спереди от предплечья, - через поврежденное плечо. Оба конца завязать сзади на шее. Вершину косынки (третий ее конец) загнуть в области локтевого сустава кпереди и закрепить булавкой.

2.4.2 Иммобилизация путем бинтования

1) Поврежденную руку слегка отвести в сторону, подложить в подмышечную область ватно-марлевый валик, чтобы поднять

плечевой сустав и отодвинуть его от грудной клетки, плечо прижать к туловищу и наложить повязку.

2) Согнуть поврежденную руку под прямым углом и плотно прижать к груди.

3) В таком положении прибинтовать поврежденную руку к туловищу круговыми витками бинта от здоровой стороны грудной клетки по направлению к поврежденной.

#### 2.4.3 Иммобилизация кольцами Дельбе

1) Смоделировать диаметр стандартных колец по здоровому плечу или изготовить кольца из марли и ваты - валик из ваты завернуть в марлю квадратной формы 60х60 см "с угла на угол", наружные углы марли, свободные от ваты, завязать узлом в виде кольца.

2) Кольца надеть на плечи с обеих сторон - как лямки рюкзака, в положении максимального сведения лопаток.

3) Плечи отвести назад, а кольца связать за спиной при помощи бинта.

#### 2.5 Иммобилизация конечности при переломе ребер и грудины

##### 2.5.1 Иммобилизация бинтованием

Пострадавшему выполнить нетугое бинтование грудной клетки или стянуть грудь полотенцем. Тугое бинтование широкими бинтами и бинтование проводят на глубоком выдохе. Можно наложить спиральную повязку на грудную клетку, на выдохе обернуть вокруг грудной клетки ткань (сложенную простынь, марлю, полотенце), зашить край нитками или фиксировать булавками. Убедиться в отсутствии открытого пневмоторакса. Если он

обнаружен, наложить герметизирующую асептическую повязку перед бинтованием грудной клетки.

#### 2.5.2 Иммобилизация с применением лейкопластыря

Наложить на место перелома черепицеобразную повязку из лейкопластыря. Широкие полосы лейкопластыря наложить от края грудины до позвоночника так, чтобы последующая полоска перекрывала предыдущую на половину. Повязка должна захватывать область двух-трех ребер выше и ниже места перелома.

#### 2.6 Иммобилизация конечности при переломе лодыжек и костей стопы

1) Подготовить две лестничные шины нужной длины (первую, длиной около 80 см, шириной 11 см, располагают от верхней трети голени по ее задней поверхности под стопу до конца пальцев. Вторую, длиной около 120 см, шириной 8 см, моделируют в виде дуги от верхней трети голени наружной стороны под стопу до верхней трети голени внутренней стороны).

2) Наложить шины на поврежденную конечность, фиксировать марлевым бинтом.

#### 2.7 Иммобилизация конечности при переломе костей голени

1) Подготовить три лестничные шины нужной длины (первую, длиной около 120 см, шириной 11 см, располагают от ягодичной складки поврежденной конечности по задней поверхности бедра, голени, под стопу до концев пальцев; вторую, длиной около 80 см, шириной 8 см, от верхней трети наружной поверхности бедра до наружного края стопы и загибают под стопу; третью шину, такой же

длины и ширины как вторая, моделируют также, как вторую, и располагают на внутренней поверхности поврежденной конечности).

2) Уложить поврежденную конечность на первую шину, подложить ватные валики в подколенную ямку и над пяткой.

3) Приложить две оставшиеся шины к наружной и внутренней поверхностям поврежденной конечности, наложить шины от верхней трети бедра до стопы с фиксацией коленного и голеностопного суставов.

4) Фиксировать шины на конечности спиральными турами бинта.

2.8 Иммобилизация конечности при переломе бедра

2.8.1 Иммобилизация проволочными шинами Крамера

1) Подготовить три лестничные шины нужной длины (первую моделируют от нижнего угла лопатки поврежденной стороны по задней поверхности бедра, голени, по стопе до конца пальцев. Вторую - от подмышечной ямки по наружной поверхности туловища, бедра, голени до наружного края стопы, и загибают под стопу. Третью располагают от паховой области по внутренней поверхности поврежденной конечности под стопу).

2) Приподнять пострадавшую конечность и уложить ее на первую шину. Подложить в подколенную ямку и над пяткой ватный валик. Приложить две оставшиеся шины.

3) Фиксировать шины марлевым бинтом.

2.8.2 Иммобилизация с использованием шины Дитерихса при переломах костей

1) Смоделировать шину по здоровой конечности:

- короткую планку шины смоделировать по внутренней стороне конечности, ее длина должна быть измерена от паховой складки и быть на 10-15 см длиннее конечности;

- длинную планку шины смоделировать по наружной стороне конечности и туловища, ее длина должна быть измерена от подмышечной впадины и быть на 10-15 см длиннее конечности.

2) Конечность слегка согнуть в тазобедренном и коленном суставах, стопа по отношению к голени должна быть расположена под углом  $90^\circ$ .

3) В подмышечную впадину и в область промежности укладывают ватно-марлевые валики.

4) Фиксировать подошвенную часть шины (крепление для шнура наружу) к стопе восьмиобразной повязкой.

5) Короткую (внутреннюю) планку, ее нижнюю часть, завести во внутреннюю скобу "подошвы" (шина должна отстоять от "подошвы" на 10 см), валик шины должен прилегать к бедру и упираться в промежность.

6) Подвижную часть на торце внутренней планки с отверстием установить под углом  $90^\circ$ , в отверстие просунуть веревку от "подошвы".

7) Длинную (наружную) планку шины, ее нижнюю часть, завести в наружную скобу подошвы (шина должна отстоять от подошвы на 10 см), а ее шип - в паз торцевой планки, установленной под углом  $90^\circ$ .

8) Вложить под костные выступы (лодыжек, коленного сустава, большого вертела и крыла подвздошной кости) прокладку из ваты для предупреждения сдавления и развития некроза.

9) Наружную шину уложить вдоль конечности и туловища до подмышечной впадины, зафиксировать ремнем через плечо противоположной стороны и через талию, другим ремнем к туловищу.

10) Внутреннюю шину зафиксировать ремнем к бедру.

11) Шину в области голени зафиксировать бинтами.

12) С помощью палочки, закручивая веревку, выполнить натяжение конечности. Палочку зафиксировать.

## 2.9 Иммобилизация при переломе костей таза

1) Переложить пострадавшего на деревянный щит, твердые носилки, на спину при помощи трех помощников (минимум вдвоем), поднимая одновременно все части тела.

2) Под колени пострадавшего подложить валик, изготовленный из одеяла, подушки или одежды так, чтобы конечности были полусогнуты в коленных и тазобедренных суставах (поза "лягушки").

3) Бедра развести в стороны на 20-30 см и зафиксировать их ремнем, наложив ремень восьмиобразно в области нижней трети бедер.

## 2.10 Иммобилизация при переломе позвоночника

1) Переложить пострадавшего на деревянный щит при помощи трех помощников (минимум вдвоем), поднимая одновременно все части тела.

2) Под позвоночник в область перелома подложить плоский валик (только под поясничный отдел позвоночника и под колени, для разгрузки позвоночного столба).

3) При переломе шейного отдела позвоночника необходимо надеть на шею пострадавшего ватно-марлевый или пневматический воротник и закрепить его специальными застежками.

### III Окончание процедуры:

1) Сообщить пострадавшему о результатах иммобилизации и дальнейших действиях (если он находится в сознании).

2) Перенести пострадавшего в автомобиль для транспортирования в лечебное учреждение.

3) Снять перчатки, поместить их в контейнер для дезинфекции.

4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

5) Уточнить у пациента его самочувствие (если он находится в сознании).

6) Записать о факте иммобилизации в сопроводительный лист, принятый в службе скорой медицинской помощи

<p>7            Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p>	<p>Одежду с пострадавшего снимать нельзя!</p> <p>При отсутствии стандартных шин иммобилизация может быть выполнена с помощью подручных средств.</p> <p>Перекладывать пациента с переломом позвоночника или костей таза, можно только один раз. Второе транспортирование должно состояться в медицинском учреждении</p>
<p>8 Достижимые результаты и их оценка</p>	<p>В процессе иммобилизации общее состояние не ухудшилось. Шина обеспечивает неподвижность как минимум двух суставов, выше и ниже места перелома, при повреждении плеча и бедра - трех суставов</p>
<p>9            Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p>	<p>Пациент или его родители (законные представители) (для детей до 15 лет) должны быть информированы о предстоящей иммобилизации. Информацию о необходимости проведения иммобилизации сообщает медицинский работник с указанием ее цели</p>
<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Отсутствие осложнений во время и после проведения процедуры.</p> <p>Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения процедуры.</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	Коэффициент УЕТ врача - 1,0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 1,0
12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий	Отсутствуют
13 Формулы, расчеты, нормо-граммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

## Библиография

[1] [Номенклатура медицинских услуг](#) (Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, 2011 г.)

---

УДК 616-083:006.354

ОКС 11.160

P24

ОКП 94 4000

Ключевые слова: технологии выполнения простых медицинских услуг, десмургия, иммобилизация, бандажи, ортопедические пособия

---

Электронный текст документа  
подготовлен АО "Кодекс" и сверен по:  
официальное издание  
М.: Стандартинформ, 2015

ГОСТ Р 56819-2015

Группа Р24

НАЦИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НАДЛЕЖАЩАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПРАКТИКА

ИНФОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ

ПРОФИЛАКТИКА ПРОЛЕЖНЕЙ

Proper medical practice. Infological model. Pressure ulcers

ОКС 11.160

ОКП 94 4000

Дата введения 2017-11-01

Предисловие

1 РАЗРАБОТАН Межрегиональной общественной организацией "Общество фармакоэкономических исследований"

2 ВНЕСЕН Техническим комитетом по стандартизации ТК 466 "Медицинские технологии"

3 УТВЕРЖДЕН И ВВЕДЕН В ДЕЙСТВИЕ [Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 30 ноября 2015 г. N 2089-ст](#)

4 ВВЕДЕН ВПЕРВЫЕ

*Правила применения настоящего стандарта установлены в [ГОСТ Р 1.0-2012](#) (раздел 8). Информация об изменениях к настоящему стандарту публикуется в ежегодном (по состоянию на 1 января текущего года) информационном указателе "Национальные стандарты", а официальный текст изменений и поправок - в ежемесячном информационном указателе "Национальные стандарты". В случае пересмотра (замены) или отмены настоящего стандарта соответствующее уведомление будет опубликовано в ближайшем выпуске ежемесячного информационного указателя "Национальные стандарты". Соответствующая информация, уведомление и тексты размещаются также в информационной системе общего пользования - на официальном сайте Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии в сети Интернет ([www.gost.ru](http://www.gost.ru))*

Введение

Пролежни - это язвенно-некротическое повреждение кожных покровов, развивающееся у ослабленных лежачих больных с нарушенной микроциркуляцией, на тех областях тела, которые подвергаются постоянному давлению, срезывающей силе и трению.

Данных статистики о частоте развития пролежней в медицинских организациях Российской Федерации мало. Согласно исследованию, в Ставропольской краевой клинической больнице, рассчитанной на 810 коек, имеющей 16 стационарных отделений, за 1994-1998 г. зарегистрировано 163 случая пролежней (0,23%). Все они осложнились инфекцией, что в общей структуре внутрибольничных инфекций составило 7,5% [1]. В 2015 г. было закончено эпидемиологическое исследование длительно (более месяца) обездвиженных пожилых больных с недержанием кала и мочи, в котором приняло участие 85 больных из трех различных клиник и дома престарелых двух российских регионов (Л.С.Краснова, А.П.Воробьев, В.В.Баев). По результатам исследования больные были отнесены к следующим группам:

- группа 1 - больные, не имеющие контактного дерматита или пролежней, 25 человек (29,8%): мужчин 7, женщин 18;

- группа 2 - больные, имеющие пролежни - 50 человек (58,8%): мужчин 26, женщин 24;

  - подгруппа 2.А - больные с пролежнями I-II стадии 45 человек (52,9%);

  - подгруппа 2.Б - больные с пролежнями III-IV стадии 5 человек (5,9%);

- группа 3 - больные, имеющие контактный дерматит - 35 человек (41,1%): мужчин 19, женщин 16.

У 19 больных (22,4%) отмечено наличие и пролежней, и контактного дерматита в разных исследуемых критических зонах тела.

По данным английских авторов, в медико-профилактических учреждениях по уходу пролежни образуются у 15%-20% больных. По результатам исследования, проведенного в США, около 17% всех госпитализированных больных находятся в группе риска по развитию пролежней или уже имеют их.

Затраты на лечение пролежней в госпитальном секторе в США составляют 11 млрд.долл. США в год [2].

Затраты Государственной службы здравоохранения Великобритании (NHS) на лечение пролежней исчисляются в 1,4-2,1 млрд фунтов стерлингов ежегодно (4% от всех расходов NHS) [3].

Средние затраты на лечение одного больного с пролежнями III-IV стадии или с повреждением глубоких тканей оцениваются в 43180 долл. США [4, 5].

Средние затраты, связанные с лечением пролежней, в больницах США составляют 14260 долл. США на человека в месяц, а аналогичные затраты в Корее оцениваются в 3000-7000 долл. США [6].

В Канаде затраты на лечение пролежней вне стационара составили 9000 долл. США на 1 больного в месяц [7].

По данным Л.С.Красновой, А.П.Воробьева, В.В.Баева (2015) наиболее затратным является ведение больных с более поздними стадиями пролежней и больных с контактным дерматитом, ассоциированным с недержанием мочи и/или кала. Затраты на ведение одного обездвиженного пожилого больного с недержанием мочи и кала в течение 7 дней в группе без поражений кожных покровов составили 4776 руб., из них 4060 руб. - затраты на услуги, 325 руб. - затраты на лекарства и 391 руб. - затраты на средства по уходу; затраты в группе с начальными (I-II) стадиями пролежней составили 5206 руб., из них 4170 руб. - затраты на услуги, 267 руб. - затраты на лекарства и 769 руб. - затраты на средства по уходу; затраты в группе с поздними (III-IV) стадиями пролежней составили 11441 руб., из них 6924 руб. - затраты на услуги, 161 руб. - затраты на лекарства и 4356 руб. - затраты на средства по уходу; затраты в группе больных с контактным дерматитом, ассоциированным с недержанием мочи и кала составили 6339 руб., из них 4844 руб. - затраты на услуги, 146 руб. - затраты на лекарства и 1349 руб. - затраты на средства по уходу.

Помимо экономических (прямых и косвенных медицинских и немедицинских) затрат, связанных с лечением пролежней, нужно учитывать и нематериальные затраты: тяжелые физические и моральные страдания, испытываемые больным и его родственниками.

Неадекватные противопролежневые мероприятия приводят к значительному возрастанию прямых и косвенных медицинских и немедицинских затрат, связанных с последующим лечением больного из-за образовавшихся пролежней и их инфекции. Увеличивается продолжительность госпитализации больного, появляется потребность в современных средствах и методах ухода, дополнительных технических средствах реабилитации [8, 9, 10], в адекватных перевязочных (атравматичные, моделируемые, интерактивные повязки, например, гидрокаллоидные, гидрогели и др.) и лекарственных (ферменты, противовоспалительные, дезинфицирующие, улучшающие регенерацию и др.) средствах, инструментари, оборудовании, увеличивается и усложняется реабилитационный период. В ряде случаев требуется хирургическое лечение пролежней III-IV стадий.

Возрастают и все остальные затраты, связанные с лечением пролежней. Адекватная профилактика пролежней позволяет предупредить их развитие у больных группы риска более, чем в 80% случаев. В работе П.А.Воробьева и Л.С.Красновой с соавт. [11, 12] показано, что применение широкого ассортимента современных изделий различной абсорбционной способности и различных размеров у обездвиженных больных с недержанием мочи и/или кала в комбинации со средствами по уходу за кожей и специально обученным персоналом приводит к снижению частоты возникновения дерматита и пролежней в 10 раз. Общие затраты при этом, исчисленные с использованием модели Маркова на профилактику и лечение контактного дерматита, ассоциированного с недержанием и пролежней I-IV стадии у одного неподвижного больного с недержанием мочи в течение 20 недель с применением абсорбентов и средств по уходу в розничных ценах составили 213915 руб., без их применения - 289168 руб. [11, 12].

Адекватная профилактика пролежней позволяет не только снизить финансовое бремя на лечение пролежней, но и повысить уровень качества жизни больного и качество медицинской помощи.

## **1 Область применения**

Настоящий стандарт устанавливает комплексную медицинскую технологию "Инфологическая модель. Профилактика пролежней" (далее - модель) при риске развития пролежней.

Настоящий стандарт предназначен для применения медицинскими организациями и учреждениями федеральных, региональных и муниципальных органов управления здравоохранением, другими медицинскими организациями различных организационно-правовых форм, врачами и медицинскими сестрами, социальными работниками, ухаживающими за больными родственниками.

## 2 Нормативные ссылки

В настоящем стандарте использованы ссылки на следующие стандарты:

[ГОСТ Р 56034-2014](#) Клинические рекомендации (протокол лечения).

Общие положения

[ГОСТ Р 52623.3-2015](#) Технологии выполнения простых медицинских услуг.

Манипуляции сестринского ухода

[ГОСТ Р 55370-2012](#) Подгузники бумажные для взрослых. Метод определения абсорбционной способности до момента протекания (ABL) с применением манекена

Примечание - При пользовании настоящим стандартом целесообразно проверить действие ссылочных стандартов в информационной системе общего пользования - на официальном сайте Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии в сети Интернет или по ежегодно издаваемому информационному указателю "Национальные стандарты", который опубликован по состоянию на 1 января текущего года, и по выпускам ежемесячно издаваемого информационного указателя "Национальные стандарты" за текущий год. Если заменен ссылочный стандарт, на который дана недатированная ссылка, то рекомендуется использовать действующую версию этого стандарта с учетом всех внесенных в данную версию изменений. Если заменен ссылочный стандарт, на который дана датированная ссылка, то рекомендуется использовать версию этого стандарта с указанным выше годом утверждения (принятия). Если после утверждения настоящего стандарта в ссылочный стандарт, на который дана датированная ссылка, внесено изменение, затрагивающее положение, на которое дана ссылка, то это положение рекомендуется применять без учета данного изменения. Если ссылочный стандарт отменен без замены, то положение, в котором дана ссылка на него, рекомендуется применять в части, не затрагивающей эту ссылку.

## 3 Общие положения

Модель разработана для решений следующих задач:

- определения алгоритмов профилактики пролежней;
- внедрение современной методологии оценки степени риска развития пролежней, составление программы профилактики, снижение частоты развития пролежней и предупреждение инфекции пролежней у больных с различными видами патологии, приводящей к ограничению подвижности или полной неподвижности;
- повышение качества жизни больных, имеющих риск развития пролежней;
- унификации расчетов затрат на медицинскую помощь больным с риском развития пролежней;
- осуществления контроля объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой больному в медицинской организации, в том числе в рамках государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью.

В настоящем стандарте используется унифицированная шкала оценки убедительности доказательств применения медицинских технологий в соответствии с [ГОСТ Р 56034-2014](#) (приложение А).

## 3.1 Общие вопросы

Давление, особенно в области костных выступов, трение и срезывающая (сдвигающая) сила, нарушение микроциркуляции и атрофические изменения кожи со снижением регенеративного ее потенциала, приводят к изменениям в мягких тканях и в слоях кожи и, в результате, к развитию пролежней. Длительное (более 1-2 ч) действие давления приводит к обструкции сосудов, сдавлению нервов и мягких тканей. В тканях, подвергающихся давлению, сдвигу и трению, особенно в уязвимых местах над костными выступами, нарушаются микроциркуляция и трофика, развивается гипоксия с последующим развитием некроза и изъязвлением (пролежней).

Повреждение мягких тканей от трения возникает при неправильной технике перемещения больного, когда кожные покровы тесно соприкасаются с грубой поверхностью (складки, швы на одежде и постельном белье, крошки и др.), при неправильном расположении больного в постели, при неправильном подборе средств ухода и др. Трение приводит к травме как кожи, так и более глубоких мягких тканей.

Повреждение от сдвига возникает в том случае, когда кожные покровы неподвижны, а происходит смещение тканей, лежащих более глубоко. Такое возможно при неправильном положении больного в постели, кресле-каталке и др. Это приводит к нарушению микроциркуляции, ишемии и повреждению кожи и подлежащих лежащих тканей, чаще всего на фоне действия дополнительных факторов риска развития пролежней (рис.1).

### 3.1.1 Факторы риска развития пролежней

Факторы риска развития пролежней могут быть обратимыми (например, обезвоживание, гипотензия) и необратимыми (например, возраст), внутренними и внешними. Задача устранить те из них, на которые мы можем повлиять, обеспечив необходимый уход больному (таблица 1).

Таблица 1 - Факторы риска развития пролежней

Обратимые факторы риска	Необратимые факторы риска
Внутренние факторы риска	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Истощение/ожирение;</li> <li>- нарушения подвижности (ограниченная подвижность, обездвиженность);</li> <li>- нарушения психомоторной активности (апатия, возбуждение, беспокойство);</li> <li>- анемия;</li> <li>- сердечная недостаточность;</li> <li>- обезвоживание;</li> <li>- гипотензия;</li> <li>- недержание мочи и/или кала;</li> <li>- нарушение периферического кровообращения (артериального или венозного) и микроциркуляции;</li> <li>- изменение в психологическом состоянии;</li> <li>- бессонница;</li> <li>- боль;</li> <li>- курение</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Старческий возраст;</li> <li>- терминальное состояние;</li> <li>- дистрофические изменения кожи (истонченная, сухая, поврежденная);</li> <li>- неврологические расстройства (сенсорные, двигательные);</li> <li>- изменение сознания (спутанное сознание, кома)</li> </ul>
Внешние факторы риска	

- Плохой гигиенический уход;
- неправильно подобранные методы и средства по уходу;
- неправильная техника массажа и подбор средств для массажа;
- складки на постельном или нательном белье;
- недостаточное употребление протеина, аскорбиновой кислоты (плохой аппетит, отказ от еды, неправильный режим питания, диета);
- применение цитостатических лекарственных средств, гормонов, НПВС;
- отсутствие поручней у кровати;
- неправильная техника перемещения больного в кровати;
- нарушение техники расположения больного в кровати или на кресле;
- нарушение технологии применения противопролежневых систем (матрацы, подушки и др.);
- изменения микроклимата кожи (перегрев, переохлаждение, избыточное увлажнение, сухость)

- Предшествующее обширное хирургическое вмешательство продолжительностью более 2 ч;
- травмы позвоночника, костей таза, органов брюшной полости;
- повреждения головного и спинного мозга

Наиболее важным в профилактике образования пролежней является выявление риска развития этого осложнения. Оценка риска развития пролежней проводится с помощью специальных шкал. Имеется много шкал для оценки прогнозирования развития пролежней у разных категорий больных (приложение Б):

- шкала Нортон (Norton, 1962);
- шкала Ватерлоу (Waterlow, 1985);
- шкала Брейден (Braden, 1987);
- шкала Меддлей (Meddley, 1991) и другие.

Каждая шкала имеет свое построение для удобства применения в тех или иных условиях.

Шкала Брейдена и Нортон для оценки опасности образования пролежней, шкала факторов риска образования пролежней Меддлей показывают высокий риск образования пролежней у данного больного. Однако эти же шкалы указывают пути предотвращения пролежней: прежде всего, следует обеспечить коматозному больному "пассивную подвижность" (повороты больного, кинетикотерапия), правильный уход за кожей, сбалансированное питание, поддержание гомеостаза (в том числе лечение сопутствующих заболеваний) - многоуровневое протезирование систем организма под мониторингом основных жизненных функций.

Шкала Брейдена обоснована для прогнозирования возникновения пролежней у больных, находящихся в неврологических отделениях интенсивной и менее интенсивной терапии. Определение индекса массы тела позволяет получить важную дополнительную информацию. Применения шкалы Брейдена при прогнозировании возникновения пролежней подтверждена в разных клинических условиях.

Для более точного прогнозирования вероятности возникновения пролежней, утрату подвижности можно перевести в численные значения. Все перечисленные выше факторы можно оценивать, используя шкалу Нортон (Norton, McLaren, Exton-Smith, 1975) или шкалу Брейдена (Braden, Bergstrom, 1987; Bergstrom и др., 1987).

Шкалу Брейдена можно использовать в отделениях хирургии, палатах интенсивной терапии и учреждениях сестринского ухода. Шкала Нортон широко применяется в гериатрических отделениях больниц общего профиля.

Шкала Нортон, благодаря простоте и скорости оценки степени риска стала наиболее популярной среди медсестринского персонала. По этой шкале больных подразделяют с учетом пяти показателей, включая физическое состояние, сознание и активность, подвижность и наличие недержания.

Шкала Ватерлоу применима ко всем категориям больных. Работать с этой шкалой достаточно просто: оценив больного по 10 предложенным параметрам, нужно суммировать полученные баллы.

Шкала Меддлей наибольшее распространение получила в отделениях неврологии в силу своей универсальности и простоты.

### **3.2 Места появления пролежней**

В зависимости от положения больного (на спине, на боку, сидя в кресле) точки давления изменяются. Наиболее и наименее уязвимые участки кожи больного представлены на рисунках (рис.2). Наиболее критическими по развитию пролежней точками в положении на спине являются затылок, лопатки, крестец, пятки, в положении больного на боку - боковая поверхность бедер в проекции тазобедренных суставов.

Пролежни могут образоваться везде, где есть костные выступы, контактирующие с твердой поверхностью, чаще всего в области грудного отдела позвоночника (самого выступающего отдела), крестца, большого вертела бедренной кости, выступа малоберцовой кости, седалищного бугра, ребра, гребни подвздошных костей, а также локтя, пятки, ушной раковины. Реже пролежни локализуются в области затылка, сосцевидного отростка, акромиального отростка лопатки, ости лопатки, латерального мыщелка, пальцев стоп. При вынужденных положениях конечностей - после инсульта, травм - пролежни могут появиться в нетипичных местах - на боковых поверхностях стоп, на тыльной поверхности пальцев. Пролежни в местах костных выступов могут развиваться также при наложении гипсовых повязок и шин.

### **3.3 Клиническая картина и особенности диагностики**

Клиническая картина различна при разных стадиях развития пролежней:

I стадия - появление бледного участка кожи или устойчивая гиперемия кожи, не проходящая после прекращения давления; кожные покровы не нарушены.

II стадия - появление синюшно-красного цвета кожи, с четкими границами; стойкая гиперемия кожи; отслойка эпидермиса; поверхностное (неглубокое) нарушение целостности кожных покровов (поверхностная язва, которая клинически проявляется в виде потертости, пузыря или плоского кратера) с распространением на подкожную клетчатку.

III стадия - разрушение (некроз) кожных покровов вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу; могут быть жидкие выделения из раны.

IV стадия - поражение (некроз) всех мягких тканей; наличие полости, в которой видны сухожилия и/или костные образования.

Необходимо проводить дифференциальную диагностику между контактным дерматитом, вызванным недержанием и пролежнями I-II стадии (таблица 2).

Таблица 2 - Дифференциально-диагностические признаки контактного дерматита, вызванного недержанием и пролежней начальных стадий

Признак	Контактный дерматит	Пролежни I-II стадий
Гиперемия	Есть	Может быть
Бледность	Нет	Может быть
Отслойка эпидермиса	Нет	Может быть
Нарушение целостности кожных покровов (поверхностная язва)	Нет	Может быть
Везикулы или пузыри	Нет	Есть
Эрозии	Нет	Может быть
Воспалительная инфильтрация кожи	Есть	Есть
Шелушение	Может быть	Может быть
Трещины	Нет	Могут быть
Границы поражения	Расплывчатые	Четкие
Зуд и жжение	Есть	Может быть
Боль	Нет	Может быть

Для проведения дифференциальной диагностики может использоваться фотофиксация критических по развитию пролежней точек (затылок, лопатки, крестец, пятки в положении на спине, боковая поверхность бедер в проекции тазобедренных суставов в положении больного на боку) или мест видимых изменений кожных покровов, и дополнительно регистрироваться в карте сестринского наблюдения за больными с пролежнями (приложение В). Фотофиксация должна выполняться с обязательным наличием в кадре черно-белого шаблона, для последующей привязки изображения при его компьютерной обработке к балансу белого. Необходимо, чтобы освещение фиксируемого объекта было либо прямым, либо боковым, фотофиксация против источника освещения (лампа, окно) должна быть исключена. Фотоизображение и заполненная анкета пересылается по сети Интернет специалисту, который подтверждает или отвергает диагноз пролежней начальной стадии.

Диагностика инфекции пролежней проводится врачом. Диагноз ставится на основании данных осмотра. При этом используются следующие критерии:

1) наличие гнойного отделяемого;

2) боль, отечность краев раны.

Диагноз подтверждается бактериологически при выделении микроорганизмов в посевах образцов жидкости, полученных методом мазка или пункции из краев раны. Бактериологическое подтверждение имеющегося осложнения "инфекции пролежней" должно проводиться у всех больных, страдающих агранулоцитозом даже при отсутствии внешних признаков воспаления (боль, отечность краев раны, гнойное отделяемое).

Инфекции пролежней, развившиеся в стационаре, регистрируются как внутрибольничные инфекции.

В случае пребывания больного в доме сестринского ухода, хосписах, домах престарелых при обслуживании больных сестринским персоналом служб милосердия, данные о локализации, размере, стадии пролежней регистрируются только в карте сестринского наблюдения за больными с пролежнями (приложение В).

### **3.4 Общие подходы к профилактике**

Адекватные противопролежневые мероприятия должны выполняться сестринским персоналом, имеющим соответствующие знания, умения и навыки, или ухаживающим за больными персоналом, включая их родственников или законных представителей.

Медицинским организациям при большом количестве больных групп риска (пациентов с ограниченной подвижностью) целесообразно создавать специализированные бригады по уходу за данной категорией больных. В профильных отделениях, где находятся обездвиженные больные, необходимо иметь противопролежневые системы (с электрокомпрессором) из расчета 10% от коечного фонда отделения, что на 50% сократит риск образования пролежней. Противопролежневый матрац применяется сразу, как только появился риск развития пролежней, а не когда появились пролежни.

Выбор противопролежневого матраца зависит от степени риска развития пролежней и массы тела больного. При низкой степени риска и массы тела больного может быть достаточно поролонового матраца толщиной 10 см. Важно, чтобы масса тела больного равномерно распределялась на поверхности. При более высокой степени риска, а также при имеющихся пролежнях разных стадий нужны другие матрацы. При размещении больного в кресле (кресле-каталке) под ягодицы и за спину помещаются противопролежневые подушки, толщиной 10 см. Под стопы помещаются противопролежневые прокладки, толщиной не менее 3 см (убедительность доказательства В). При размещении больного лежа на боку, между коленками прокладывают противопролежневые прокладки (подушки) для снижения давления. Фиксация больного при размещении сидя, полусидя, в кресле, применяется по необходимости (в случае риска его сползания, сдвигания тканей).

Применяют одноразовые средства гигиены при уходе за лежащими больными: губки, перчатки (волоконистые, пенообразующие), которые удобны в обращении и соблюдают все нормы гигиены.

Применение гипоаллергенных средств для ухода за кожей. В процессе работы данные средства хорошо стимулируют кровообращение (например, тонирующий гель для массажа), обеспечивается качественная очистка тела (например, пены, лосьоны, гели, кремы). Гипоаллергенные средства обладают защитными свойствами (например, абсорбенты, защитные пленки или крема и др.).

Целесообразно в стационарной карте больного клеить или ввести в автоматизированной системе лист ежедневной сестринской оценки риска развития и стадии пролежней, рекомендуется вменить данную процедуру в обязанности медицинских сестер, осуществляющих уход за больным. Проведенные противопролежневые мероприятия необходимо регистрировать в Карте сестринского наблюдения за пациентами с пролежнями, включая автоматизированную систему (приложение В).

Профилактические мероприятия должны быть направлены:

- на своевременную оценку риска развития пролежней;
- уменьшение давления в местах костных выступов и в зонах риска развития пролежней (использование противопролежневых систем, контроль за положением больного, частотой смены положения);
- улучшение кровоснабжения и микроциркуляции в зонах риска развития пролежней;
- предупреждение трения и сдвига тканей при перемещении больного и создании правильного положения в кровати во время перемещения больного или при его неправильном размещении ("сползание" с подушек, при положении "сидя" в кровати или на кресле);
- наблюдение за кожей в зонах риска, особенно в зонах риска развития пролежней;
- гигиенический уход, поддержание чистоты кожи и ее умеренной влажности (не слишком сухой и не слишком влажной);
- обеспечение нормальной температуры кожи (не допускать перегрева и переохлаждения кожи);
- правильный подбор, обеспечение и использование технических средств реабилитации и ухода;

- обеспечение больного адекватным питанием и питьем;
- обучение больного приемам самоухода, самопомощи для перемещения;
- обучение близких (или его законного представителя) уходу за больным (школы ухода за пациентом с риском развития пролежней);
- устранение сопутствующих проблем (борьба с кожным зудом, болью, бессонницей, нормализация психологического статуса и т.д.).

Общие подходы к профилактике пролежней сводятся к следующему:

- своевременная оценка риска развития пролежней;
- своевременное начало выполнения всего комплекса профилактических мероприятий;
- адекватная техника выполнения простых медицинских услуг, в т.ч. по уходу.

### 3.5 Общие подходы к лечению

Лечение пролежней зависит от стадии заболевания. Цель лечения - это восстановление нормальных кожных покровов в области пролежня. На I-II стадии больные с пролежнями не нуждаются в хирургическом лечении. Проводятся в основном профилактические мероприятия, направленные на устранения сдавления тканей и восстановление нормального кровообращения и микроциркуляции (в частности - использование антикоагулянтов местно или системно). Важной задачей лечения на I-II стадии является защита раны от инфекции и дальнейшего воздействия повреждающих факторов. Помимо специальных мер профилактики, необходимо обязательное адекватное лечение сопутствующих заболеваний и синдромов, относящихся к факторам риска развития пролежней: сахарный диабет, окклюзионные заболевания артерий, адекватное обезболивание и коррекция водно-электролитного баланса, нарушений микроциркуляции. Ведущим фактором в успешном консервативном лечении пролежней является устранение длительного непрерывного давления.

На III-IV стадиях лечение направлено на удаление (отторжение) омертвевших тканей, локальному лечению раневой инфекции и стимуляция быстрого заживления очищенной раны. Применяется консервативное лечение (очистление раны, стимуляция образования грануляций, защита их от высыхания и вторичного инфицирования) или оперативное лечение (хирургическое удаление некрозов и закрытые пролежневой раны, в т.ч. - трансплантацией кожи). Вне зависимости от способа лечения очень большое внимание следует уделить правильно организованному уходу: тщательное соблюдение асептики (инфицирование раны значительно замедляет заживление пролежня), частая смена положения больного, применение противопролежневых матрасов, иных специальных приспособлений либо кроватей, предотвращение травматизации грануляционной ткани пролежневой раны, полноценное питание с достаточным количеством белков и витаминов; надлежащий гигиенический уход за больным.

Если размер глубокой пролежневой язвы при проводимом консервативном лечении в течение 2 недель не сокращается на 30%, следует рассматривать вопрос о повторной оценке состояния больного и об изменении первоначально принятой методики лечения. Если купирована острая фаза течения язвенного процесса, целесообразно ставить вопрос о хирургическом лечении пролежневой язвы.

Задачей хирургического лечения пролежней III-IV стадии является удаление некроза хирургическим путем, очищение пролежневой язвы от гнойного экссудата и остатков некроза, абсорбция отделяемого и предохранение заживающей раны от высыхания, т.е. некрэктомия и вскрытие гнойных затеков и полостей. При смешанных формах некроза оптимальным методом является секвенциальная некрэктомия. Основой дальнейшего лечения является санация образовавшейся пролежневой язвы в стадии воспаления с использованием местных антисептиков и других препаратов. В некоторых случаях применяется трансплантация кожного лоскута.

## 4 Характеристика требований

### 4.1 Модель пациента 1. Профилактика пролежней

Клиническая ситуация	Профилактика пролежней
Группа заболеваний	Заболевания воспалительного, дегенеративного или токсического генеза, обусловленные тяжелым поражением центральной нервной системы, иммунодефицитные состояния, инконтиненция, пациенты с нарушением микроциркуляции и микроангиопатией
Профиль подразделения, медицинской организации	<p>Амбулаторно: кабинет паллиативной медицинской помощи, выездная патронажная служба паллиативной медицинской помощи, домашние условия - стационар на дому.</p> <p>Отделения стационаров: травматологии, неврологии, нейрохирургии, онкологии, реанимации, интенсивной терапии, сестринского ухода, общей хирургии, паллиативной медицинской помощи.</p> <p>Хоспис.</p> <p>Дома (больницы) сестринского ухода.</p> <p>Дома престарелых и иные организации социального обслуживания</p>
Функциональное назначение подразделения, медицинской организации	<p>Лечебно-профилактические</p> <p>Паллиативные</p>

#### **4.1.1 Критерии и признаки, определяющие модель пациента**

В данную модель могут быть включены больные с полной и частичной неподвижностью, имеющие риск развития пролежней 10 и более баллов по шкале Ватерлоу или по другой шкале (приложение Б), страдающие заболеваниями, обусловленными тяжелым поражением нервной системы воспалительного, дегенеративного или токсического генеза, сопровождающиеся ограниченной или полной неподвижностью - неспособностью больного самостоятельно передвигаться по плоскости и изменять положение тела в пространстве без специальных приспособлений или посторонней помощи: поражение головного и/или спинного мозга вследствие травмы головы и/или позвоночника, опухолевого роста, метастазов в позвоночник с нарушением функции нижележащих отделов спинного мозга, инсульта, инконтиненции, хирургические вмешательства (на органах малого таза, прямой кишки, брюшной полости, головного, спинного мозга и др.), и/или инфекции с нарушением контроля за мочевыделением и/или дефекацией и др.

#### **4.1.2 Перечень медицинских услуг основного и дополнительного ассортимента в амбулаторно-поликлинических (в т.ч. на дому) и стационарных условиях**

Перечень медицинских услуг для профилактики пролежней в амбулаторно-поликлинических (в т.ч. на дому) и стационарных условиях, согласно ["Номенклатуре медицинских услуг"](#) [13] кратный медицинской помощи в течение одного месяца, представлен в таблице 3.

Таблица 3 - Профилактика в амбулаторно-поликлинических (в т.ч. на дому) и стационарных условиях

Код медицинской услуги	Наименование медицинских услуг	Частота предоставления	Кратность выполнения*
A13.30.001	Обучение самоуходу	0,5	5
A13.30.004	Обучение близких уходу за тяжелобольным пациентом	0,5	1
B04.069.006	Школа ухода за пациентом	1	1
A14.01.001	Уход за кожей тяжелобольного пациента	1	360
A14.01.002	Уход за волосами, ногтями, бритье тяжелобольного пациента	1	30
A14.19.001	Пособие при дефекации тяжелобольного пациента	1	30
A14.28.001	Пособие при мочеиспускании тяжелобольного пациента	1	180
A14.30.001	Перемещение и/или размещение тяжелобольного пациента в постели	1	360
A14.30.004	Приготовление и смена постельного белья тяжелобольному	1	30
A14.30.005	Пособие по смене белья и одежды тяжелобольному	1	30
A14.30.007	Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольных	1	60
A14.30.012	Оценка степени риска развития пролежней	1	30

A14.30.013	Оценка степени тяжести пролежней	1	30
A14.30.002	Транспортировка тяжелобольного пациента внутри учреждения	1	10

\* Приведенная кратность выполнения медицинских услуг является усредненной величиной, рассчитанной на 30 дней.

### **4.1.3 Характеристика алгоритмов и особенностей применения медицинских услуг при данной модели пациента**

#### **4.1.3.1 Обучение самоуходу**

Обучение самоуходу возможно только у способных к этому больных. У больного надо выявить возможность и потребность в самоуходе. Основная цель обучения самоуходу - это научить больного способам доступной самодиагностики, самоконтроля своего психического и физического состояния, самопомощи и самолечению, выработать навыки по самоуходу, активизировать внутреннюю мотивацию больного за выполнение медицинских рекомендаций. Обучить больного активному перемещению, подтягиванию на перекладине или трапедии, дыхательным упражнениям и поощрять его выполнять их каждые 2 ч.

#### **4.1.3.2 Обучение близких уходу за тяжелобольным пациентом**

Проводится однократно (повторно при необходимости), при наличии родственников (или законных представителей) больного, готовых нести бремя осуществления профилактики пролежней, в первую очередь - в домашних условиях. Обучение членов семьи (или законных представителей) навыкам ухода за пациентом позволяет уменьшить воздействие факторов развития пролежней, повышает качество жизни и самооценку больного. Надо научить родственников обеспечивать инфекционную безопасность для больного и того, кто ухаживает за ним.

#### **4.1.3.3 Обучение в Школе ухода за пациентом**

Школа ухода за пациентом с риском развития пролежней - это эффективная форма профилактического группового консультирования пациентов их родственников (или законных представителей). Обучение в школе ухода за пациентом с риском развития пролежней проводится с целью обучения больного (или его родственников, законных представителей) правильному уходу за больным, основным принципам профилактики пролежней (приложение Г), ознакомления со средствами для ухода за тяжелобольными пациентами (приложение Д).

#### 4.1.3.4 Уход за кожей тяжелобольного пациента

Проводится каждые 2 ч с целью предотвращения развития пролежней, профилактики инфекционных осложнений. Не следует допускать чрезмерного увлажнения или сухости кожи: при чрезмерном увлажнении - подсушивать, используя присыпки без талька, при сухости - увлажнять кремом, применяя для этого различные профессиональные (косметические) средства, медицинские изделия с увлажняющими и защитными свойствами для ухода за кожей (убедительность доказательства С) (приложение Д). Мытье кожи проводить без трения и кускового мыла, используя для этого профессиональные (косметические) средства, медицинские изделия для ухода за кожей, например, моющий лосьон, пена и др. Тщательно высушивать кожу после мытья промокающими движениями, уделяя особое внимание кожным складкам и проблемным зонам (убедительность доказательства С).

В случае проведения массажа не подвергать участки зон риска трению. Массаж всего тела, в т.ч. около участков риска (в радиусе не менее 5 см от костного выступа) проводить после обильного нанесения питательного (увлажняющего) крема на кожу (убедительность доказательства В).

#### 4.1.3.5 Уход за волосами, ногтями, бритье тяжелобольного пациента

Проводится ежедневно, что повышает качество жизни, психологический статус и самооценку пациента. Волосы ежедневно следует расчесывать, применяя индивидуальную щетку для волос. Мытье волос осуществляется по мере загрязнения, но не реже раза в неделю с использованием специальных устройств (ванночки) и медицинских средств для мытья головы лежачих больных (шапочки, "сухие" шампуни и др.). Использование "сухих" шампуней не заменяет регулярное мытье волос, но может использоваться для ежедневного ухода. Бритье осуществляется по мере роста бороды. Стрижка ногтей проводится раз в 7-10 дней. Стрижка волос осуществляется по мере необходимости. Обработка придатков кожи должна производиться в режиме максимального щажения и предупреждения повреждения кожных покровов.

#### 4.1.3.6 Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольного

Проводится ежедневно, по мере загрязнения, регулярно, но не менее двух раз в день, даже в отсутствие видимого загрязнения. Проводится с целью предотвращения развития пролежней, контактного дерматита, ассоциированного с недержанием мочи и кала. Для гигиенического ухода за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольных следует применять профессиональные (косметические) средства, медицинские изделия для ухода за кожей, например, моющий лосьон, пена и др. (приложение Д). Тщательно высушивать кожу после мытья промокающими движениями, не используя изделия из махровой ткани, уделяя особое внимание кожным складкам и проблемным зонам (убедительность доказательства С).

Использовать абсорбирующие белье (впитывающие простыни (пеленки), подгузники, впитывающие трусы, урологические прокладки и вкладыши и др.), препятствующие увлажнению кожи, уменьшающие ее инфицированность при недержании мочи и кала. Выбор абсорбирующего белья проводится в соответствии с [ГОСТ Р 55370](#). Выбор подгузника является строго индивидуальным, зависит от тяжести состояния больного и степени недержания мочи, возраста, массы тела, телосложения, степени активности. Необходимо учитывать типоразмеры и степень впитывающей способности [8]. Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольного выполняется в соответствии с [ГОСТ Р 52623.3](#).

#### 4.1.3.7 Посobie при дефекации тяжелобольного пациента

Проводится ежедневно по потребности с целью оказания больному помощи в использовании судна или калоприемника при осуществлении акта дефекации, для предотвращения развития пролежней, контактного дерматита, ассоциированного с недержанием. Если больной, испытывающий потребность опорожнить кишечник, находится в общей палате, то его желательно отгородить от других больных ширмой. Чисто вымытое и продезинфицированное судно с небольшим количеством воды, добавленной для устранения запаха, подводят под ягодицы больного, предварительно попросив его согнуть ноги в коленях и помогая ему свободной рукой несколько приподнять таз. Гигиеническую обработку перианальной области проводят в зависимости от консистенции кала либо не убирая подкладное судно (при жидкой консистенции), либо - без него. Данная медицинская услуга выполняется в соответствии с [ГОСТ Р 52623.3](#).

#### 4.1.3.8 Пособие при мочеиспускании тяжелобольного пациента

Проводится ежедневно по потребности с целью оказания больному помощи в использовании судна или мочеприемника при осуществлении акта мочеиспускания, для предотвращения развития пролежней, контактного дерматита, ассоциированного с недержанием. Данная медицинская услуга выполняется в соответствии с [ГОСТ Р 52623.3](#).

#### 4.1.3.9 Размещение тяжелобольного пациента в постели

В условиях стационара рекомендуется размещать тяжелобольного на трех (и более) секционной функциональной кровати. На кровати должны быть поручни с обеих сторон и устройство для приподнимания изголовья кровати. Желательно иметь устройство для самостоятельного подтягивания больного с использованием рук (руки).

Пациент должен быть размещен на противопролежневом матрасе. Пациента нельзя размещать на кровати с панцирной сеткой или со старыми пружинными матрасами. Высота кровати должна быть на уровне середины бедер ухаживающего за больным.

Под уязвимые участки необходимо подкладывать валики и противопролежневые подушки. Также на участки, подвергающиеся избыточному трению или давлению можно наносить защитную пленку. Нельзя использовать надувные резиновые круги, "бублики".

Не допускать, чтобы в положении "на боку" больной лежал непосредственно на большом вертеле бедра.

Данная медицинская услуга выполняется в соответствии с [ГОСТ Р 52623.3](#).

#### 4.1.3.10 Перемещение тяжелобольного пациента в постели

Ежедневно каждые 2 ч, в ночное время - по потребности с учетом риска развития пролежней осуществлять изменение положения тела по графику: низкое положение Фаулера, положение "на боку", положение Симса, положение "на животе" (по согласованию с врачом). Положение Фаулера должно совпадать со временем приема пищи (рис.7, 8).

Перемещение больного осуществлять бережно, исключая трение и сдвиг тканей, приподнимая его над постелью, или используя подкладную простыню или слайдер, механизированные, автоматизированные и другие системы перемещения пациента.

Постоянно поддерживать комфортное состояние больного в постели: стряхивать крошки, расправлять складки на нательном белье и простыне, использовать натяжные простыни, не допускать перегрева и переохлаждения пациента, следить за положением пациента во избежание его сдвигания, давления на проблемные участки тела, провисания стоп.

Максимально расширять активность больного: обучить его самопомощи для уменьшения давления на точки опоры. Поощрять его изменять положение: поворачиваться, используя поручни кровати, подтягиваться на специальном устройстве - перекладине, трапеции. Данная медицинская услуга выполняется в соответствии с [ГОСТ Р 52623.3](#).

#### 4.1.3.11 Оценка степени риска развития пролежней

Проводится ежедневно однократно. При каждом перемещении нужно осматривать зоны риска развития пролежней, при возможности - проводить фотофиксацию. Результаты осмотра - записывать в лист регистрации противопролежневых мероприятий (убедительность доказательства В). Оценка степени риска развития пролежней выполняется в соответствии с технологией выполнения простой медицинской услуги (приложение Е)

Регистрация противопролежневых мероприятий осуществляется на специальном бланке (приложение В), а рекомендуемые планы ухода при риске развития пролежней у лежачего пациента и пациента, который может сидеть, приведены в приложении В.

#### 4.1.3.12 Оценка степени тяжести пролежней

Проводится при появлении пролежней I-II стадии и необходима для профилактики дальнейшего усугубления процесса. Оценка степени тяжести пролежней выполняется в соответствии с технологией выполнения простой медицинской услуги (приложение Ж)

#### 4.1.3.13 Приготовление и смена постельного белья тяжелобольному

Используется хлопчатобумажное постельное белье, легкое одеяло. Смену постельного белья тяжелобольному необходимо проводить всегда при загрязнении, в отсутствие загрязнения - лучше ежедневно, но не реже одного раза в 7 дней. При смене простыни больного осторожно отодвигают на край постели, освободившуюся часть грязной простыни скатывают вдоль (как бинт) и на это место расстилают чистую простыню. После этого больного перекадывают (перекатывают) на чистую простыню, скатывают оставшуюся часть грязной и полностью расправляют свежую простыню. Возможен иной алгоритм: грязную простыню скатывают сверху и снизу до половины туловища больного, одновременно сверху подкладывают чистую простыню и расстилают ее сверху вниз; после этого грязную простыню убирают снизу, а чистую простыню подводят сверху и полностью расправляют. При смене постельного белья необходимо избегать трения и смещения кожных покровов. Данная медицинская услуга выполняется в соответствии с [ГОСТ Р 52623.3](#).

#### 4.1.3.14 Пособие по смене белья и одежды тяжелобольному

Проводится с целью оказания больному помощи по смене белья и одежды тяжелобольному. Смену белья и одежды тяжелобольному проводить всегда при загрязнении, в отсутствие загрязнения - лучше ежедневно, но не реже одного раза в 7 дней. При смене рубашки у больного (удобнее рубашка-распашонка) руку подводят под спину, подтягивают за край рубашки до затылка, снимают ее через голову и освобождают рукава. При повреждении или обездвиженности одной из рук сначала снимают рубашку со здоровой руки. Надевают рубашку, наоборот, начиная с больной руки, и пропускают ее затем через голову по направлению к крестцу больного. Оказывая пособие, следует избегать трения и смещения кожных покровов. Данная медицинская услуга выполняется в соответствии с [ГОСТ Р 52623.3](#).

#### 4.1.3.15 Транспортировка тяжелобольного пациента внутри учреждения

Безопасная транспортировка пациента в зависимости от состояния. Перемещение пациента с транспортной каталки на постель и обратно осуществляется бережно, исключая трение и сдвиг тканей, используя специальные механические, автоматизированные подъемники, подкладную простыню или слайдер, другие системы перемещения пациента. Пациент, перемещаемый или перемещающийся в кресло, должен находиться на кровати с изменяющейся высотой. При транспортировке следует исключить сползание пациента с каталки, применяя временную фиксацию. При длительной транспортировке необходимо использовать противопролежневые подкладки под ягодицы и пятки.

#### **4.1.4 Перечень групп лекарственных средств основного и дополнительного ассортимента**

Не предусмотрены.

#### **4.1.5 Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств при данной модели пациента**

Для профилактики пролежней не рекомендуется использовать средства, входящие в Перечень негативных технологий для профилактики и лечения пролежней (приложение И).

#### **4.1.6 Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации при данной модели пациента**

Дополнительные рекомендации по режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации не предусмотрены.

#### **4.1.7 Требования к диетическим назначениям и ограничениям**

Диета должна содержать не менее 120 г белка и 500-1000 мг аскорбиновой кислоты в сутки (убедительность доказательства С). Суточный рацион должен быть достаточно калорийным для поддержания идеальной массы тела пациента.

#### **4.1.8 Особенности информированного добровольного согласия пациента при выполнении модели и дополнительная информация для пациента и членов его семьи**

Информированное добровольное согласие пациент дает в письменном виде в соответствии со статьей 20 [Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"](#) [14].

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации.

План выполнения противопролежневых мероприятий обсуждается и согласовывается с пациентом в письменном виде, а при необходимости - с его законным представителем. Пациент и его законный представитель или лицо, осуществляющее уход за пациентом получает, всю необходимую информацию в Школе ухода за пациентом с риском развития пролежней (приложение Г).

В случае госпитализации больного в стационар отдельное оформление информированного согласия на выполнение противопролежневых мероприятий не требуется.

#### **4.1.9 Дополнительная информация для пациента и членов его семьи**

Предусмотрена в виде памяток для пациента и родственников (приложение К, Л).

#### **4.1.10 Возможные исходы заболеваний для данной модели пациента**

Возможные исходы пролежней при модели 1 и их характеристика представлены в таблице 5\*.

Таблица 5\* - Возможные исходы пролежней при модели 1 и их характеристика

---

\* Нумерация соответствует оригиналу. - Примечание изготовителя базы данных.

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Стабилизация	80	Сохраняется степень риска в пределах баллов, полученных при первичной оценке по шкале Ватерлоу или другой шкале	Не ограничено	В любой организации, оказывающей медицинскую или социальную помощь, имеющую возможность выполнить всю программу профилактики для данной модели настоящего стандарта
Прогрессирование	20	Появление пролежней I-IV стадий	От 30 мин до сут	В любой организации, оказывающей медицинскую или социальную помощь, имеющей возможность консервативного лечения пролежней, проводится профилактика и (или) лечение.

## 5 Графическое, схематическое представления модели

Факторы риска пролежней, потенциальные места развития пролежней, методы и способы профилактики пролежней наглядно представлены на рисунках 1-8.

**Рисунок 1 - Факторы риска пролежней**

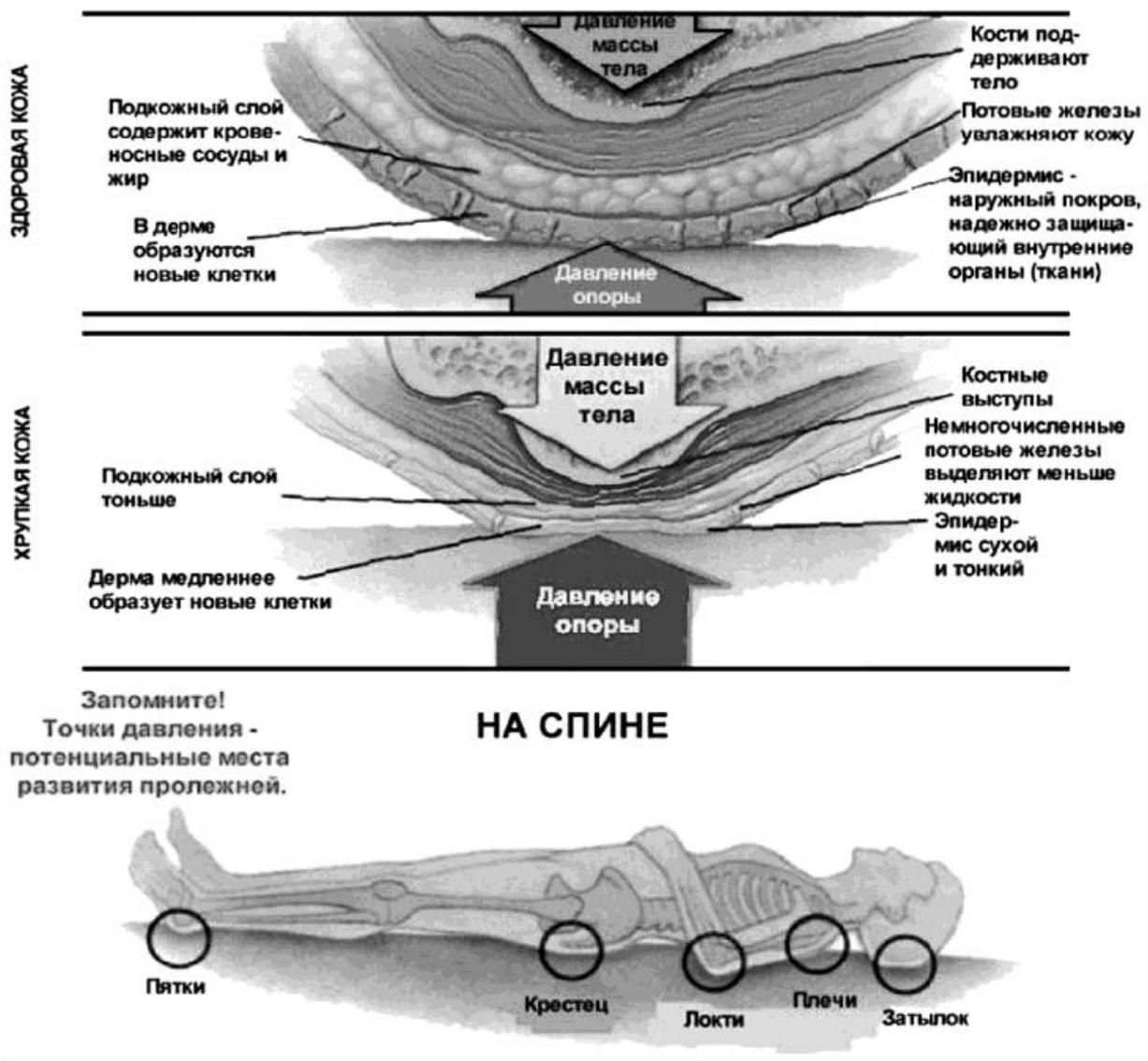
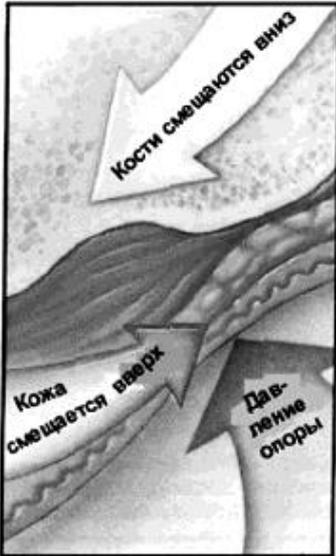


Рисунок 1 - Факторы риска пролежней

Рисунок 2 - Потенциальные места развития пролежней

### СДВИГ И ТРЕНИЕ

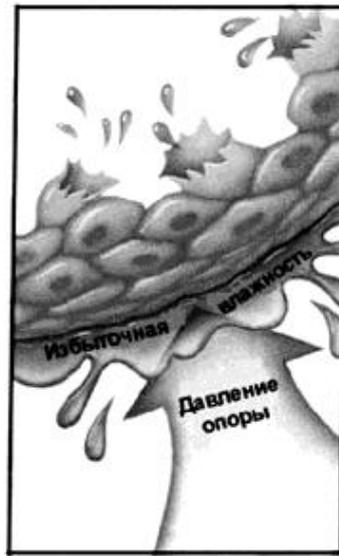
Два силовых воздействия приводят к пролежням: сдвиг костей вниз, а кожных покровов вверх, что сдавливает кровеносные сосуды; шероховатости опорных поверхностей могут вызвать локальные повреждения кожи при трении.



Сдвиг приводит к защемлению кровеносных сосудов, что сокращает доступ кислорода.

### ВЛАЖНОСТЬ КОЖИ

Кожа, перенасыщенная жидкостью, недолговечна. Некоторые жидкости тела человека - пот, моча, фекалии, - могут стать благоприятной средой развития болезнетворных бактерий. Влажность увеличивает трение.



Перенасыщенные жидкостью клетки легко разрушаются.

### ПЛОХОЕ ПИТАНИЕ

Для нормальной репродукции клеток кожи нужно их хорошее питание. Репродукция снижается при болезни человека или повреждении кожи. Потеря пациента в весе приводит к образованию морщин и трещин на коже.

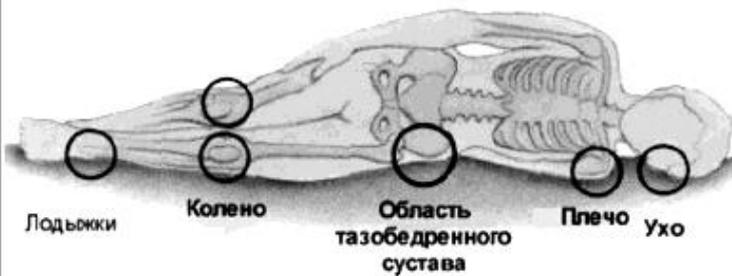


При недостатке питательных веществ клетки снижают репродукционную функцию.

### ЗАПОМНИТЕ!

Точки опоры - потенциальные места развития пролежней.

На боку



Сидящий человек

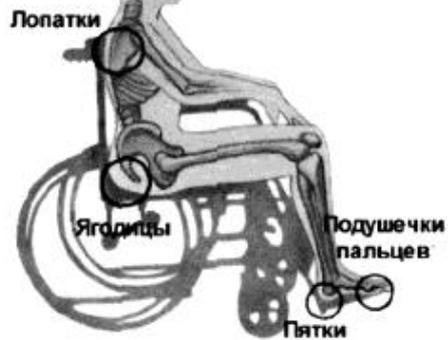


Рисунок 2 - Потенциальные места развития пролежней

Рисунок 3 - Профилактика, направленная на уменьшение давления



Рисунок 3 - Профилактика, направленная на уменьшение давления

Рисунок 4 - Профилактика, направленная на регулирование влажности



Рисунок 4 - Профилактика, направленная на регулирование влажности

Рисунок 5 - Профилактика, направленная на уменьшение сдвига и трения



Рисунок 5 - Профилактика, направленная на уменьшение сдвига и трения

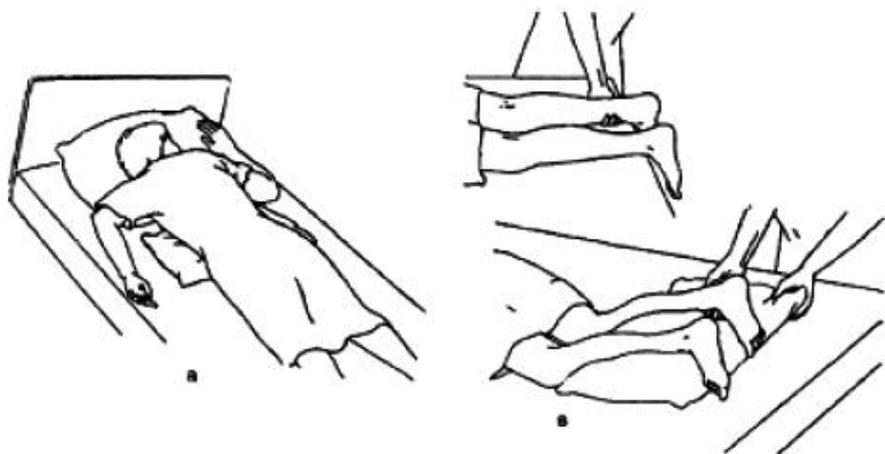
Рисунок 6 - Профилактика, направленная на организацию адекватного питания пациента



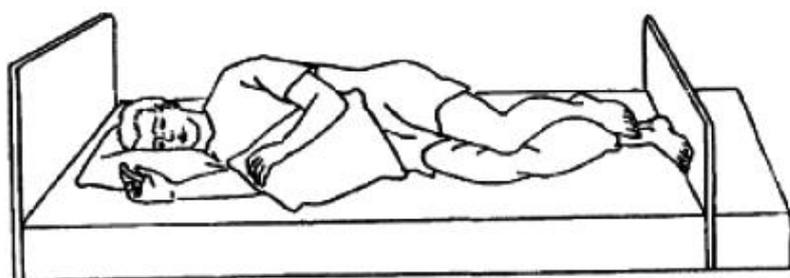
Рисунок 6 - Профилактика, направленная на организацию адекватного питания пациента

Рисунок 7 - Положение пациента в зависимости от заболевания и состояния

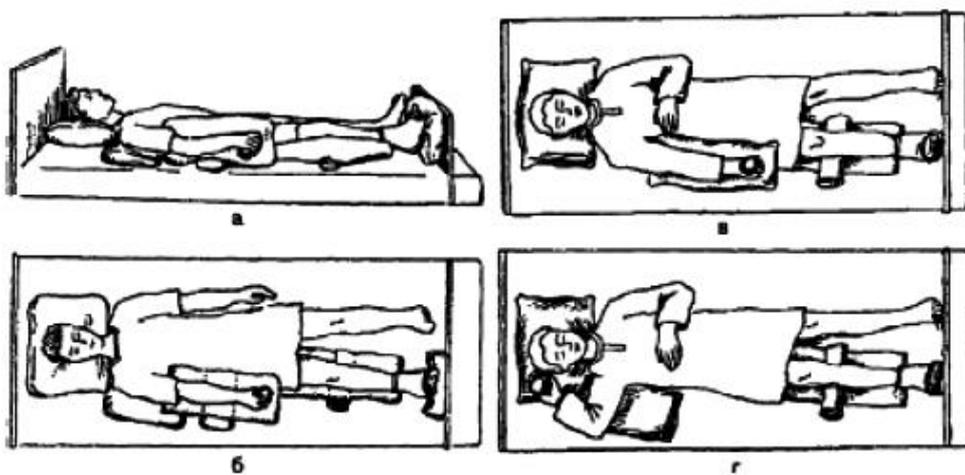
**Положение пациента на животе**



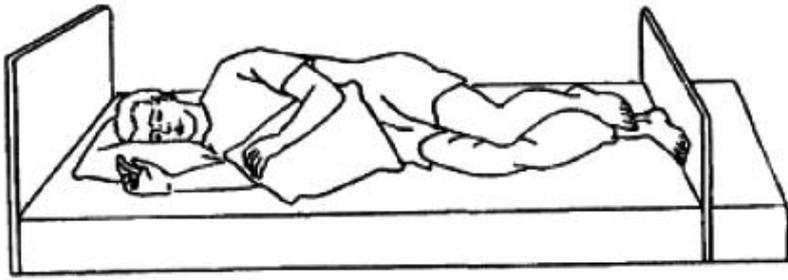
**Положение пациента на боку**



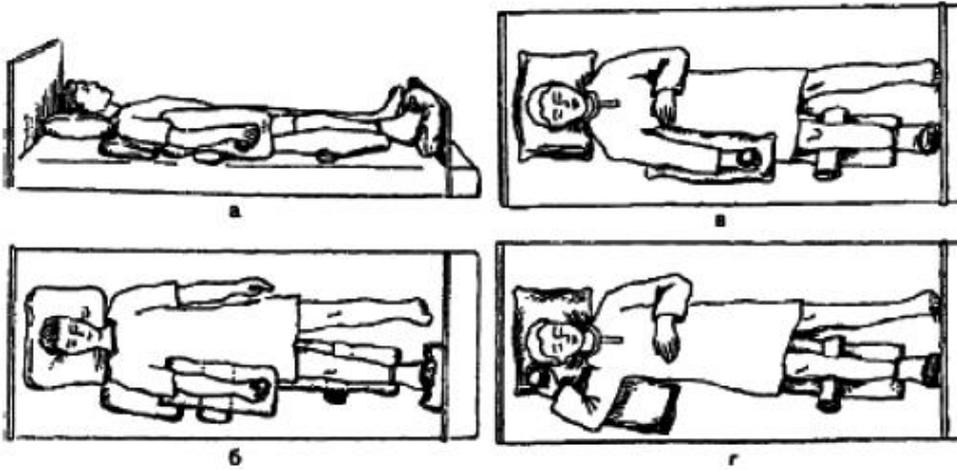
**Положение пациента с гемиплегией на спине**



**Положение пациента на боку**



**Положение пациента с гемиплегией на спине**



**Рисунок 7 - Положение пациента в зависимости от заболевания и состояния**

**Рисунок 8 - Изменение положения пациента в кровати с использованием специальных приспособлений**

### Положение Симса



### Приспособление для самостоятельного изменения положения в кровати



### Фаулерово положение пациента:

а – угол  $60^\circ$ , б – угол  $45^\circ$

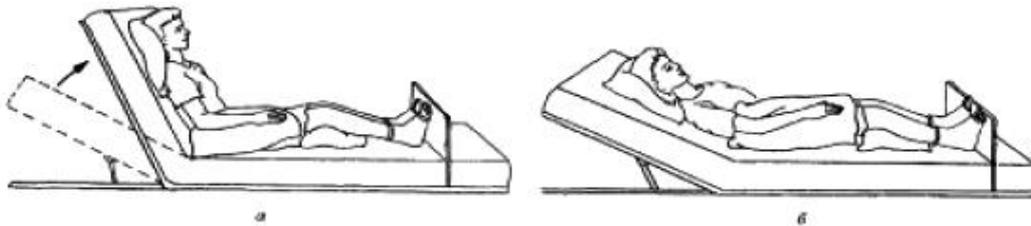


Рисунок 8 - Изменение положения пациента в кровати с использованием специальных приспособлений

## 6 Мониторинг модели

### 6.1 Критерии и методология мониторинга и оценки эффективности выполнения модели

Мониторинг проводится в медицинских организациях, оказывающих стационарную хирургическую, терапевтическую и паллиативную помощь больным.

Учреждение, ответственное за мониторинг настоящей модели, назначают в установленном порядке. Перечень медицинских организаций, в которых проводят мониторинг настоящей модели, определяет ежегодно учреждение, ответственное за мониторинг. Медицинские организации информируют о включении в перечень по мониторингу модели письменно.

Мониторинг модели включает в себя:

- сбор информации о ведении пациентов, имеющих риск развития пролежней в лечебно-профилактических учреждениях всех уровней;
- анализ полученных данных;
- составление отчета о результатах проведенного анализа;
- представление отчета в федеральный орган исполнительной власти.

Исходными материалами при мониторинге являются:

- медицинская документация - карта пациента (приложение М);
- тарифы на медицинские услуги.

При необходимости при мониторинге модели могут быть использованы и иные медицинские и немедицинские документы.

Карты пациента (приложение М) заполняются в медицинских организациях, определенных перечнем по мониторингу, ежеквартальное течение после последовательных 10 дней третьей декады каждого первого месяца квартала (например, с 21 по 30 января) и передаются в организацию, ответственную за мониторинг, не позднее, чем через 2 недели после окончания указанного срока.

Отбор карт, включаемых в анализ, осуществляется методом случайной выборки. Число анализируемых карт должно быть не менее 50 в год.

В показатели, анализируемые в процессе мониторинга, входят критерии включения и исключения из модели, перечень медицинских услуг, перечень лекарственных средств, исходы заболевания, затраты на выполнение медицинской помощи по модели и др.

## **6.2 Принципы рандомизации**

В настоящей модели рандомизация (лечебных учреждений, пациентов и т.д.) не предусмотрена.

## **6.3 Порядок оценки и документирования побочных эффектов и развития осложнений**

Диагностика инфекции пролежней проводится врачом. Диагноз ставится на основании данных осмотра. При этом используются следующие критерии:

- 1) гнойное отделяемое;
- 2) боль, отечность краев раны.

Диагноз подтверждается бактериологически при выделении микроорганизма в посевах образцов жидкости, полученных методом мазка или пункции из краев раны.

Бактериологическое исследование на предмет наличия осложнения "инфекции пролежней" должно проводиться у всех пациентов, страдающих агранулоцитозом, даже при отсутствии внешних признаков воспаления (боль, отечность краев раны, гнойное отделяемое).

Инфекции пролежней, развившиеся в стационаре, регистрируются как внутрибольничная инфекция.

Информацию о побочных эффектах средств по уходу, возникших в процессе ведения больных, регистрируют в карте пациента (приложение М).

## **6.4 Промежуточная оценка и внесение изменений в**

## **модель**

Оценка выполнения модели проводится раз в два года по результатам анализа сведений, полученных при мониторинговании.

Внесение изменений в модель проводится в случае получения информации:

а) о наличии в данном нормативном документе требований, наносящих урон здоровью пациентов,

б) при получении убедительных данных о необходимости изменений требований модели.

Оценку выполнения модели рабочая группа проводит один раз в год по результатам анализа сведений, полученных при мониторинговании.

### **6.5 Порядок исключения пациента из мониторинга**

Осуществляется сплошная выборка, исключение пациента из мониторинга не предусмотрено.

### **6.6 Параметры оценки качества жизни при выполнении модели**

Качество жизни пациентов оценивается по опроснику и визуально-аналоговой шкале EQL 5D (приложение Н).

### **6.7 Оценка затрат при выполнении модели**

Клинико-экономический анализ проводится согласно требованиям нормативных документов. Расчет затрат на выполнение минимального объема медицинской помощи по модели проводят по формуле, утвержденной в установленном порядке. При оценке затрат учитываются все медицинские услуги, лекарственные средства, назначенные пациенту.

При включении в план оказания медицинской помощи услуг и лекарственных средств дополнительного ассортимента они включаются в рассчитываемую общую стоимость выполнения модели.

### **6.8 Сравнение результатов**

При мониторинговании модели ежегодно проводится сравнение статистических данных о частоте показателей развития пролежней.

### **6.9 Порядок формирования отчета**

В ежегодный отчет о результатах мониторингования включаются количественные результаты, полученные при разработке медицинских карт, и их качественный анализ, выводы, предложения по актуализации модели.

Отчет представляют в организацию, ответственную за мониторингование настоящей модели.

Результаты отчета могут быть опубликованы в открытой печати.

## **Приложение А (справочное). Унифицированная шкала оценки убедительности доказательств целесообразности применения медицинских технологий**

## Приложение А (справочное)

Унифицированная шкала оценки включает в себя:

- уровень убедительности доказательства А - доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемого утверждения;

- уровень убедительности доказательства В - относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение;

- уровень убедительности доказательства С - достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств;

- уровень убедительности доказательства D - достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств для того, чтобы рекомендовать отказаться от применения иного лекарственного средства в конкретной ситуации;

- уровень убедительности доказательства Е - веские отрицательные доказательства: есть достаточно убедительные доказательства для того, чтобы исключить лекарственное средство или методику из рекомендаций.

## **Приложение Б (справочное). Шкалы для оценки степени риска развития пролежней**

### Приложение Б (справочное)

Б.1 Шкалы для оценки степени риска развития пролежней Ватерлоу и Брейден приведены в таблицах Б.1 и Б.2.

Таблица Б.1 - Шкала Ватерлоу



Иногда недержание	1	Беспокойный, суетливый	1	Плохой	1		
Катетер, но недержание кала	2	Апатичный	2	Питание через зонд/только жидкость	2		
Недержание кала и мочи	3	Ограниченная подвижность	3	Отказ от пищи (голодание)	3		
		Инертный	4				
		Неподвижность (кресло-каталка)	5				
Обширное оперативное вмешательство/ травма	Балл	Лекарственная терапия	Балл				
Ортопедическое - ниже пояса, позвоночник	5	Цитостатические препараты	4				
Оперативное вмешательство (более 2 ч)	5	Высокие дозы стероидов	4				
		Противовоспалительные препараты	4				

Таблица Б.2 - Шкала факторов риска образования пролежней Брейден

<p>Чувствительность - возможность произвольного ответа на раздражение давлением</p>	<p>1 Полное отсутствие (отсутствие ответа на любое болевое раздражение или отсутствие болевой чувствительности практически на всем теле)</p>	<p>2 Грубое нарушение (слабая реакция на болевое раздражение или отсутствие болевой чувствительности более чем на половине тела)</p>	<p>3 Частичное нарушение (имеется ответ только на сильное болевое раздражение или имеется некоторый дефицит болевой чувствительности в одной или обеих конечностях)</p>	<p>4 Нормальная чувствительность (нормальная реакция на болевые раздражения или отсутствие выпадений чувствительности)</p>
<p>Влажность кожи - степень, с которой кожа подвержена намоканию</p>	<p>1 Постоянно влажная (кожа постоянно влажная из-за пота, мочи и т.д., каждый раз при изменениях положения тела необходима смена белья)</p>	<p>2 Очень влажная (не всегда кожа влажная, необходимость в достаточной частой смене белья по мере необходимости)</p>	<p>3 Случайное намокание (кожа влажная из-за случайного намокания, необходимость в смене белья не больше чем 1 раз в день)</p>	<p>4 Редкое намокание (кожа обычно сухая, нет необходимости в дополнительной смене белья)</p>
<p>Активность - степень физической активности</p>	<p>1 Постель (не может встать с кровати)</p>	<p>2 Кресло (объем ходьбы резко ограничен или отсутствует, не может выдержать вес собственного тела, нуждается в кресле или кресле-коляске)</p>	<p>3 Ходьба по необходимости (в течение дня ходит редко на небольшие расстояния, большую часть дня находится в кресле или кровати)</p>	<p>4 Ходьба (ходит за пределы палаты не меньше 2 раз в день и внутри палаты не меньше 1 ч через каждые 2 ч)</p>
<p>Подвижность - способность к контролю и изменениям позиции тела</p>	<p>1 Абсолютно неподвижен (при любом изменении положения тела или конечностей необходима помощь)</p>	<p>2 Значительное ограничение движений (может незначительно менять положение тела и конечностей, но объем и частота движений резко ограничены)</p>	<p>3 Частичное ограничение движений (делает небольшие, но частые изменения положения тела или двигает самостоятельно конечностями)</p>	<p>4 Без ограничений (частые изменения положения тела без посторонней помощи)</p>

<p>Питание обычный прием пищи</p>	<p>- 1 <i>Резко сниженное питание</i> (никогда не съедает порцию полностью, обычно съедает третью часть предоставленной пищи. Съедает 2 рациона мясных и молочных продуктов или меньше. Пьет мало. Не принимает жидких пищевых добавок или не получает ничего через рот и/или используется внутривенное введение жидкостей более 5 дней)</p>	<p><i>Сниженное питание</i> (может однократно съесть одну порцию полностью, но обычно съедает только половину предлагаемой еды. В день получает 3 рациона мясных и молочных продуктов. В ряде случаев имеет дополнительное кормление или получает оптимальную жидкую диету или кормление через зонд)</p>	<p>3 <i>Удовлетвори- тельное питание</i> (съедает более половины при каждом кормлении. Съедает 4 рациона белков (мясо, молочные продукты) в день. Иногда может пропустить кормление, но в большинстве случаев имеет дополнительное питание или зондовое питание либо полноценное сбалансированное парентеральное питание)</p>	<p>4 <i>Хорошее питание</i> (съедает практически все при каждом кормлении. Никогда не пропускает кормление. Обычно съедает всего 4 рациона мяса или молочных продуктов или больше. Иногда имеет дополнительное питание между кормлениями)</p>
<p>Трение и потертости</p>	<p>1 <i>Реальная проблема</i> (абсолютная потребность в помощи для изменения положения тела. Встать с постели для смены белья не может. Постоянно соскальзывает с постели или кресла, нуждается в частых поворотах с посторонней помощью. Спастика, контрактуры и беспокойство, приводящие к постоянному трению кожи)</p>	<p>2 <i>Потенциальная проблема</i> (ослабление движений или потребность в минимальной помощи, во время движения возможно трение кожи о простыни, кресло и другие приспособления. Способен к поддержанию удобной позы в кресле или постели некоторое время)</p>	<p>3 <i>Отсутствие проблем</i> (самостоятельные движения в постели и кресле, достаточная мышечная сила для вставания с них во время смены белья. Удержание удобной позы в кресле и кровати в любое время)</p>	

Б.1.1 Баллы по шкале Ватерлоу суммируются, и степень риска определяется по следующим итоговым значениям:

- нет риска	1-9 баллов;
- есть риск	10 баллов;
- высокая степень риска	15 баллов;
- очень высокая степень риска	20 баллов.

У неподвижных пациентов оценку степени риска развития пролежней следует проводить ежедневно, даже в случае, если при первичном осмотре степень риска оценивалась в 1-9 баллов.

Результаты оценки регистрируются в карте сестринского наблюдения за пациентом (приложение В). Противопротлежные мероприятия начинаются немедленно при возникновении риска развития пролежней в соответствии с рекомендуемым планом ухода (приложение В).

#### Б.1.2 Описание прогностической шкалы

Б.1.2.1 Шкала Брейдена включает в себя оценку 6 разных клинических признаков; при этом суммарный показатель может варьировать от 6 до 23 баллов (максимальное число баллов соответствует минимальному риску развития пролежней).

При оценке чувствительности кожных покровов (способность реагировать на дискомфорт) выделяются следующие категории: полностью отсутствует (1 балл), существенно снижена (2 балла), незначительно снижена (3 балла) и полностью сохранена (4 балла).

При оценке влажности кожи - постоянно влажная (1 балл), очень часто влажная (2 балла), влажная время от времени (3 балла) и влажная редко (4 балла).

При оценке уровня физической активности - соблюдение строгого постельного режима (1 балл), передвижение с помощью кресла-каталки (2 балла), соблюдение полупостельного режима (3 балла), достаточная физическая активность (4 балла).

При оценке подвижности - полная неподвижность (1 балл), подвижность существенно ограничена (2 балла), незначительно ограничена (3 балла) и полностью сохранена (4 балла).

При оценке уровня питания - явно снижен (1 балл), возможно снижен (2 балла), достаточный (3 балла) и очень хороший (4 балла).

При оценке устойчивости кожи к трению и растяжению - снижена (1 балл), возможно снижена (2 балла) и полностью сохранена (3 балла).

Оценка результатов:

- нет риска 19-23 баллов;
- есть риск 15-18 баллов;
- умеренный риск 13-14 баллов;
- высокий риск 10-12 баллов;
- очень высокий риск 9 и менее баллов.

Б.2 Шкалы Нортон и Меддлей приведены в таблицах Б.3, Б.4 и Б.5.

Таблица Б.3 - Шкала Нортон для оценки опасности образования пролежней

Физическое состояние	Хорошее	Удовлетворительное	Тяжелое	Крайне тяжелое
Психическое состояние	Ясное	Апатия (безучастное)	Спутанное	Ступор
Активность	Ходит без посторонней помощи	Ходит с посторонней помощью	Нуждается в инвалидном кресле-коляске	Лежачий больной
Подвижность	Полная	Немного ограниченная	Значительно ограниченна	Обездвиженность
Недержание	Нет	Иногда	Недержание мочи	Недержание мочи и кала
Баллы	4	3	2	1

Оценка результата:

- при 12 баллах или меньше очень вероятно образование пролежней;
- при 14 баллах или меньше имеется опасность образования пролежней;
- более 14 баллов опасность образования пролежней невелика.

Таблица Б.4 - Дополнение к шкале Нортон (разработанное Х.Бинштайном и др.)

Готовность к общению	Полная	Неполная	Частичная	Нет
Возраст, лет	Меньше 10	Меньше 30	Меньше 60	Больше 60
Состояние кожи	Здоровая кожа	Шелушащаяся, сухая	Влажная - 2	Аллергия, трещины
Сопутствующие заболевания	Нет	Диабет, Анемия	Рассеянный склероз	Кома, паралич
Баллы	4	3	2	1

Б.1.2.2 При расширенной шкале Нортон (шкала Нортон и дополнение к шкале, разработанное Х.Бинштайном и др.), с помощью которой определяется статус пациента, пациенты с общей суммой 25 баллов и меньше имеют риск развития пролежней.

Таблица Б.5 - Шкала факторов риска образования пролежней Меддлей

Активность - подвижность	Баллы
Передвижение без посторонней помощи	0
Передвижение с посторонней помощью	1
Коляска (более 12 ч)	4
Постель (более 12 ч)	6
Состояние кожи	
Здоровая (чистая и влажная)	0
Шелушение или ссадины	2
Снижение тургора, сухая кожа	4
Отек и/или покраснение	6
Появление пролежня	6
Сопутствующие заболевания	
Отсутствие	0
Хронические заболевания со стабильным статусом	1
Острые и хронические заболевания с нестабильным статусом	2
Терминальные или тяжелые	3
Подвижность - объем движений	
Полный произвольный объем движений	0

Движения с ограниченной помощью	2
Движения только с посторонней помощью	4
Обездвиженность	6
Уровень сознания (выполнение команд)	
Настороженность	0
Апатичное состояние/спутанное сознание	1
Полукоматозное состояние (наличие ответа на раздражение)	2
Коматозное состояние (отсутствие ответа на раздражение)	3
Уровень питания	
Хороший (ест/пьет/или назогастральное питание)	0
Посредственный (недостаточное потребление для поддержания массы тела)	1
Плохой (ест/пьет очень мало)	2
Очень плохой (неспособность самостоятельно есть или отказ от пищи; истощение)	3
Недержание мочи	
Нет или катетеризация	0
Редко (меньше 2 раз за 24 ч)	1
Обычно (больше 2 раз за 24 ч)	2
Постоянно (без контроля)	3

Недержание кала	
Отсутствие	0
Редко (оформленный стул)	1
Обычно (с полуоформленным стулом)	2
Постоянно (без контроля)	3
Боль	
Нет	0
Слабая	1
Периодическая	2
Сильная	3
Передвижение без посторонней помощи	0
Передвижение с посторонней помощью	1
Коляска (более 12 ч)	4
Постель (более 12 ч)	6

Оценка результата:

- Группы риска:      0-9 баллов                      низкий риск;

                                 10-19 баллов                      средний риск;

                                 20-36 баллов                      высокий риск.

## Приложение В (справочное). Карта

# **сестринского наблюдения за пациентами с пролежнями**

Приложение В  
(справочное)



Пациент извещен, что несоблюдение им рекомендаций медсестры и врача могут осложниться развитием пролежней.

Пациент извещен об исходе при отказе от выполнения плана ухода.

Пациент имел возможность задать любые интересующие его вопросы относительно плана ухода и получил на них ответы.

Беседу провела  
медсестра

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

"        "        20        г.  
\_\_\_\_        \_\_\_\_\_

Пациент согласился с предложенным планом ухода, в чем расписался собственноручно

\_\_\_\_\_  
(подпись  
пациента)

или за него расписался (законный представитель)

\_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О. полностью)

что                    удостоверяют  
присутствовавшие при беседе

\_\_\_\_\_  
(подпись                    (Ф.И.О. полностью)  
медсестры)

\_\_\_\_\_  
(подпись свидетеля)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

Пациент не согласился (отказался) с планом предложенного ухода, в чем расписался собственноручно

---

---

(подпись пациента)

или за него расписался (согласно пункту 4.1.8  
ГОСТ Р 56819-2015)

---

(подпись законного  
представителя)

---

---

(Ф.И.О. полностью).

## **II. Лист сестринской оценки риска развития и стадии пролежней**

N п/п	Наименование	1	2	3	4	5	6	7
1	Масса тела	0	1	2	3			
2	Тип кожи	0	1	1	1	1	2	3
3	Пол	1	2					
4	Возраст	1	2	3	4	5		
5	Особые факторы риска	8	5	5	2	1		
6	Недержание	0	1	2	3			
7	Подвижность	0	1	2	3	4	5	
8	Аппетит	0	1	2	3			
9	Неврологические расстройства	4	5	6				
10	Обширное оперативное вмешательство ниже пояса/травма	5			Более 2 ч на столе 5			
11	Лекарственная терапия	4						

Инструкция: обведите кружком цифру, соответствующую баллам по шкале Ватерлоу.

Сумма  
баллов

\_\_\_\_\_

Риск: нет, есть, высокий, очень высокий (нужное подчеркнуть)

Пролежни: есть, нет (нужное подчеркнуть)

Стадия: I, II, III, IV (нужное подчеркнуть)

Согласовано с  
врачом

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(подпись врача)

(Ф.И.О. врача полностью)

### III. Лист регистрации противопротозойных мероприятий

Начало реализации \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ мин  
плана ухода: дата \_\_\_\_\_

Окончание реализации \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ мин  
плана ухода: дата \_\_\_\_\_

1. Утром по шкале Ватерлоу или иной шкале (указать название шкалы)	
_____ )	_____ баллов
2. Изменение положения/состояния в постели (вписать)	
8-10 ч положение -	10-12 ч положение -
12-14 ч положение -	14-16 ч положение -
16-18 ч положение -	18-20 ч положение -
22-24 ч положение -	20-22 ч положение -
0-2 ч положение -	2-4 ч положение -
4-6 ч положение -	6-8 ч положение -
3. Гигиенические процедуры: душ ванна обтирание (мытьё в постели) (нужное подчеркнуть)	
4. Обучение пациента самоуходу (указать результат)	
5. Обучение лиц, ухаживающих за пациентом, уходу (указать результат)	
6. Распределение съеденной пищи в течение дня в процентах:	
завтрак	обед
полдник	ужин
7. Количество белка в съеденной за сутки пищи в граммах:	
8. Получено жидкости за сутки:	
9-13 ч _____ мл	13-18 ч _____ мл
18-22 ч _____ мл	22-9 ч _____ мл

9. Противопролежневые прокладки используются под:  
(перечислить анатомические области)

10. Проведен массаж около \_\_\_\_\_ раз \_\_\_\_\_ (указать количество)  
участков \_\_\_\_\_

11. Для поддержания умеренной влажности использовались:

12. Замечания и комментарии:

Ф.И.О. (полностью) медсестер, участвующих в наблюдении за пациентом: \_\_\_\_\_

Подписи  
медсестер: \_\_\_\_\_

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

Сестринские вмешательства	Кратность
1. Проведение текущей оценки риска развития пролежней не менее 1 раза в день ( утром) по шкале Ватерлоу или иной шкале (укажите название шкалы _____)	Ежедневно 1 раз
2. Изменение положения пациента каждые 2 ч <sup>1</sup> ): 8-10 ч - положение Фаулера; 10-12 ч - положение "на левом боку" (положение 30°); 12-14 ч - положение "на правом боку" (положение 30°); 14-16 ч - положение Фаулера; 16-18 ч - положение Симса; 18-20 ч - положение Фаулера; 20-22 ч - положение "на правом боку" (положение 30°); 22-24 ч - положение "на левом боку" (положение 30°); 0-2 ч - положение Симса; 2-4 ч - положение "на правом боку" (положение 30°); 4-6 ч - положение "на левом боку" (положение 30°); 6-8 ч - положение Симса	Ежедневно каждые 2 ч, в ночное время по потребности с учетом риска развития пролежней
3. Обмывание загрязненных участков кожи	Ежедневно по потребности
4. Проверка состояния постели при перемене положения (каждые 2 ч)	Ежедневно каждые 2 ч в ночное время по потребности с учетом риска развития пролежней
5. Обучение лиц, ухаживающих за пациентом технике правильного перемещения (приподнимая над кроватью)	Однократно в рамках Школы ухода за пациентом и по потребности

6. Определение количества съеденной пищи (количество белка не менее 120 г)	Ежедневно 4 раза
7. Обеспечение употребления не менее 1,5 л жидкости в сутки:  с 9 <sup>00</sup> -13 <sup>00</sup> - 700 мл;  с 13 <sup>00</sup> -18 <sup>00</sup> - 500 мл;  с 18 <sup>00</sup> -22 <sup>00</sup> - 300 мл	В течение дня
8. Использование противопролежневой подушки (прокладки) в зоне участков риска, исключающих давление на кожу	В течение дня
9. При недержании:  - мочи - смена подгузников каждые 6 ч;  - кала - смена подгузников немедленно после дефекации с последующей бережной гигиенической процедурой;  - защита кожи промежности, например специальными защитными пленками и кремами, пропитанными очищающими, увлажняющими и защищающими средствами салфетки  Рекомендуемый режим использования абсорбентов: 3 подгузника в течение дня и 1 подгузник на ночь с последующей бережной гигиенической процедурой, которая проводится при помощи профессиональных (косметических) средств, медицинских изделий по уходу за кожей	В течение дня
10. При усилении болей - консультация врача	В течение дня
11. Обучение пациента и поощрение его изменять положение в постели (точки давления) с помощью перекладин, поручней и других приспособлений	Однократно в рамках Школы ухода за пациентом и по потребности
12. Массаж кожи около участков риска	Ежедневно 3 раза
13. Обучение пациента дыхательным упражнениям и поощрение его выполнять их	В течение дня, не менее 2 раз

14. Наблюдение за влажностью кожи и поддержание умеренной влажности	В течение дня
15. Обеспечить противопролежневый матрацем с первого дня пребывания в стационаре	Однократно при поступлении и после оценки риска развития пролежней

---

1) Выбор положения и их чередование могут изменяться в зависимости от заболевания и состояния пациента.

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

Сестринские вмешательства	Кратность
1. Проводить текущую оценку риска развития пролежней не менее 1 раза в день (утром) по шкале Ватерлоу	Ежедневно 1 раз
<p>2. Изменять положение пациента каждые 2 ч<sup>1</sup>):</p> <p>8-10 ч - положение "сидя";</p> <p>10-12 ч - положение "на левом боку" (положение 30°);</p> <p>12-14 ч - положение "на правом боку" (положение 30°);</p> <p>14-16 ч - положение "сидя";</p> <p>16-18 ч - положение Симса;</p> <p>18-20 ч - положение "сидя";</p> <p>20-22 ч - положение "на правом боку" (положение 30°);</p> <p>22-24 ч - положение "на левом боку" (положение 30°);</p> <p>0-2 ч - положение Симса;</p> <p>2-4 ч - положение "на правом боку" (положение 30°);</p> <p>4-6 ч - положение "на левом боку" (положение 30°);</p> <p>6-8 ч - положение Симса</p> <p>Если пациент может быть перемещен (или перемещаться самостоятельно с помощью вспомогательных средств) и в кресле (инвалидной коляске), он может находиться в положении сидя и в кровати</p>	Ежедневно каждые 2 ч, в ночное время по потребности с учетом риска развития пролежней
3. Обмывание загрязненных участков кожи	Ежедневно по потребности
4. Проверка состояния постели при перемене положения (каждые 2 ч)	Ежедневно каждые 2 ч, в ночное время по потребности с учетом риска развития пролежней

<p>5. Обучение родственников пациента технике правильного перемещения (приподнимая над кроватью)</p>	<p>Однократно в рамках Школы ухода за пациентом и по потребности</p>
<p>6. Обучение пациента самостоятельному перемещению в кровати с помощью устройства для приподнимания</p>	<p>Однократно в рамках Школы ухода за пациентом и по потребности</p>
<p>7. Обучение пациента технике безопасного самостоятельного перемещения с кровати в кресло с помощью других средств</p>	<p>Однократно в рамках Школы ухода за пациентом и по потребности</p>
<p>8. Определение количества съеденной пищи (количество белка не менее 120 г)</p>	<p>Ежедневно 4 раза</p>
<p>9. Обеспечить употребление не менее 1,5 л жидкости в сутки:</p> <p>с 9<sup>00</sup> -13<sup>00</sup> - 700 мл;</p> <p>с 13<sup>00</sup> -18<sup>00</sup> - 500 мл;</p> <p>с 18<sup>00</sup> -22<sup>00</sup> - 300 мл</p>	<p>В течение дня</p>
<p>10. Использовать противопролежневые подушки (прокладки), исключая давление на кожу под участки риска, в т.ч. в положении пациента "сидя" (под стопы)</p>	<p>В течение дня</p>

<p>11. При недержании:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- мочи - смена подгузников каждые 6 ч;</li> <li>- кала - смена подгузников немедленно после дефекации с последующей бережной гигиенической процедурой;</li> <li>- защита кожи промежности, например специальными защитными пленками и кремами, пропитанными очищающими, увлажняющими и защищающими средствами салфетки</li> </ul> <p>Рекомендуемый режим использования абсорбентов: 3 подгузника в течение дня и 1 подгузник на ночь с последующей бережной гигиенической процедурой, которая проводится при помощи профессиональных (косметических) средств, медицинских изделий по уходу за кожей</p>	<p>В течение дня</p>
<p>12. При усилении болей - консультация врача</p>	<p>В течение дня</p>
<p>13. Обучение пациента и поощрение его изменять положение в постели (точки давления) с помощью перекладин, поручней и других приспособлений</p>	<p>Однократно в рамках Школы ухода за пациентом и по потребности</p>
<p>14. Массаж кожи около участков риска развития пролежней</p>	<p>Ежедневно 3 раза</p>
<p>15. Обеспечить противопролежневым матрацем и подушкой для кресла-коляски с первого дня пребывания в стационаре</p>	<p>Однократно при поступлении и после оценки риска развития пролежней</p>

<sup>1)</sup> Выбор положения и их чередование могут изменяться в зависимости от заболевания и состояния пациента.

## **Приложение Г (рекомендуемое). Школа ухода за пациентом с риском развития пролежней**

Приложение Г  
(рекомендуемое)

Школа ухода за пациентом организуется и проводится специалистом, имеющим среднее профессиональное образование (повышенный уровень) по специальности "лечебное дело", "акушерское дело", "сестринское дело"; высшее медицинское образование по направлению подготовки "сестринское дело" (квалификация (степень) "бакалавр") или по специальности "сестринское дело" (квалификация "менеджер"). Курс обучения может проводиться как в амбулаторных, так и стационарных условиях.

Целью курса является обучение пациента (или его родственников, законных представителей) правильному уходу за пациентом и основным принципам профилактики.

Обучение необходимо сопровождать демонстрацией и комментариями рисунков из настоящей модели (приложение Е).

Примерный план занятий:

- 1) Личная гигиена тяжелобольного.
- 2) Уход за кожей тяжелобольного пациента.
- 3) Уход за волосами, ногтями, бритье тяжелобольного.
- 4) Приготовление и смена постельного и нательного белья тяжелобольному.
- 5) Пособие по смене белья и одежды тяжелобольному.
- 6) Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольных.
- 7) Пособие при мочеиспускании тяжелобольного.
- 8) Пособие при дефекации тяжелобольного.
- 9) Причины и места появления пролежней.
- 10) Оценка степени риска развития пролежней.
- 11) Обучение близких уходу за тяжелобольным.
- 12) Основы эргономики и безопасного перемещения пациента.
- 13) Основные принципы питания тяжелобольного пациента.
- 14) Обучение самоуходу.

15) Использование технических средств реабилитации и малой механизации.

Пациент, или лицо, осуществляющее уход за ним или его законный представитель должен иметь информацию:

- о факторах риска развития пролежней;
- целях профилактических мероприятий;
- необходимости выполнения всей программы профилактики, в т.ч. манипуляций, выполненных пациентом или лицами, осуществляющими уход за ним;

- последствиях несоблюдения всей программы профилактики, в т.ч. снижении уровня качества жизни.

Пациент или лицо, осуществляющее уход за ним или его законный представитель должен быть обучен:

- технике изменения положения тела на плоскости с помощью вспомогательных средств (поручней кровати, перекладины или трапеции над кроватью, подлокотников кресла, устройства для приподнимания больного);

- технике дыхательных упражнений;
- приемам самоухода.

Дополнительная информация для лица, осуществляющего уход за пациентом или его законного представителя:

- места образования пролежней;
- техника перемещения;
- особенности размещения в различных положениях;
- диетический и питьевой режим;
- техника гигиенических процедур;
- наблюдение и поддержание умеренной влажности кожи;
- стимулирование пациента к самостоятельному перемещению каждые 2 ч;
- стимулирование пациента к выполнению дыхательных упражнений.

Научить лиц, осуществляющих уход, уменьшать риск повреждения тканей под действием давления:

- регулярно изменять положение тела;
- использовать приспособления, уменьшающие давление (подушки, поролон, прокладки);
- соблюдать правила приподнимания и перемещения: исключать трение и сдвиг тканей;
- осматривать всю кожу пациента не реже 1 раза в день, а участки риска - при каждом перемещении;
- осуществлять правильное питание и адекватный прием жидкости;
- правильно осуществлять гигиенические процедуры: исключать трение.

## **Приложение Д (справочное). Классификация средств по уходу за тяжелобольным пациентом для профилактики пролежней**

Приложение Д  
(справочное)

Д.1 Абсорбирующие средства: подгузник в виде трусов, подгузник в виде прокладки-вкладыша, подгузник в виде раскроя трусов с фиксирующими элементами, впитывающие простыни (пеленки) и др.

Д.2 Средства по уходу за кожей и волосами.

Д.2.1 По функциональному действию средства по уходу за кожей в каждой подгруппе делят на: гигиенические (моющие и очищающие), средства общего или косметического ухода (увлажнение, питание, тонизирование), лечебно-профилактические, защитные и специальные.

Д.2.2 По консистенции: мазеобразные/кремообразные (жидкие или густые), твердые (на жировосковой основе), жидкие, желе- или гелеобразные, порошкообразные.

Д.2.3 По целевому назначению: средства ухода за кожей, средства ухода за зубами и полостью рта, средства ухода за волосами, средства ухода за ногтями.

Д.2.4 По назначению: средства для очищения кожи, средства для питания кожи, средства для увлажнения кожи, средства для защиты кожи.

Д.2.5 По типу использования: влажные гигиенические салфетки, лосьон для тела, очищающая пена, моющий лосьон, шампунь, защитное масло-спрей, тонирующий гель, молочко, специальные защитные средства (крема, пленки, бальзамы, присыпки и др.).

Д.3 Противопротезные средства (противопротезный матрас полиуретановый, противопротезный матрас гелевый, противопротезный матрас воздушный (с компрессором), противопротезная подушка гелевая, противопротезная подушка полиуретановая, противопротезная подушка воздушная и др.).

Д.4 Изделия гигиены для ухода (одноразовые пеленки, одноразовые простыни, одноразовые салфетки, перчатки, одноразовые фартуки, одноразовые рукавицы, защитные нагрудники, ватные палочки и др.).

Д.5 Вспомогательные средства (сидение для ванны, поручни для туалета ванны, подголовник надувной для мытья головы, ванна надувная, мочеприемники (судно) и др.).

## **Приложение Е (рекомендуемое). Технология выполнения простой медицинской услуги. Оценка степени риска развития пролежней**

Приложение Е  
(рекомендуемое)

Технология "Оценка степени тяжести пролежней" согласно номенклатуре медицинских услуг имеет код А14.31.012 по [\[13\]](#).

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии выполнения простой медицинской услуги "Оценка степени риска развития пролежней" (см. таблицу Е.1).

Таблица Е.1

Содержание, требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
<p>1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования</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 высшего образовательного учебного заведения по направлению подготовки "Сестринское дело" (квалификация (степень) "бакалавр").</p> <p>Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: лечебное дело, акушерское дело, сестринское дело.</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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>Использование перчаток во время процедуры</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Амбулаторно-поликлинические</p> <p>Стационарные</p>
<p>4 Функциональное назначение оценки степени риска развития пролежней</p>	<p>Диагностика заболеваний</p>
<p>5 Материальные ресурсы</p>	

5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Отсутствуют
5.2 Реактивы	Отсутствуют
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4 Продукты крови	Отсутствуют
5.5 Лекарственные средства	Спирт этиловый 70° 5 мл
5.6 Прочий расходный материал	Перчатки нестерильные
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	

6.1 Алгоритм оценки степени риска развития пролежней

I. Подготовка к обследованию:

идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры (если пациент в сознании). Получить информированное согласие. При отсутствии такового уточнить дальнейшие действия у врача.

II. Выполнение обследования

Оценка степени риска развития пролежней осуществляется по шкале Ватерлоу (приложении Б), которая применима ко всем категориям пациентов. При этом проводится суммирование баллов по 10 параметрам:

- 1) телосложение;
- 2) масса тела, относительно роста;
- 3) тип кожи;
- 4) пол, возраст;
- 5) особые факторы риска;
- 6) удержание мочи и кала;
- 7) подвижность;
- 8) аппетит;
- 9) неврологические расстройства;
- 10) оперативные вмешательства или травмы.

III. Окончание процедуры:

- 1) сообщить пациенту(ке) результат обследования;
- 2) уточнить у пациента его самочувствие;
- 3) сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.

<p>7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p>	<p>При наличии расстройств речи, сознания, когда собрать анамнестические сведения невозможно, медицинская сестра должна получить их у родственников пациента и пр., а также воспользоваться медицинской документацией</p>
<p>8 Достигнутые результаты и их оценка</p>	<p>Оценка результатов производится путем сопоставления полученных данных с данными нормы, указанными в таблице, которая в данном случае используется</p>
<p>9 Особенности информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p>	<p>Пациент или его родители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели и содержании данной процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (законных представителей) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется</p>

<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Оценка качества проведения простой медицинской услуги проводится по шкале Ватерлоу, или Нортон, или Меддлей, или Брейдена (приложение Б).</p> <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>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ врача - 0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 0,5</p>
<p>12 Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Отсутствует</p>
<p>13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p>	<p>Отсутствует</p>

## Приложение Ж (рекомендуемое). Технология выполнения простой медицинской услуги. Оценка степени тяжести пролежней

Приложение Ж  
(рекомендуемое)

Технология "Оценка степени тяжести пролежней" согласно номенклатуре медицинских услуг имеет код А14.31.013 по [\[13\]](#).

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии выполнения простой медицинской услуги "Оценка степени тяжести пролежней" (см. таблицу Ж.1).

Таблица Ж.1

Содержание, требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
<p>1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования</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 высшего образовательного учебного заведения по направлению подготовки "Сестринское дело" (квалификация (степень) "бакалавр").</p> <p>Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: лечебное дело, акушерское дело, сестринское дело.</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<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>Использование перчаток во время процедуры</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Амбулаторно-поликлинические</p> <p>Стационарные</p>
<p>4 Функциональное назначение оценки степени тяжести пролежней</p>	<p>Диагностика заболеваний</p>
<p>5 Материальные ресурсы</p>	

5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Пинцет стерильный (при необходимости)
5.2 Реактивы	Отсутствуют
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4 Продукты крови	Отсутствуют
5.5 Лекарственные средства	Спирт этиловый 70° 5 мл
5.6 Прочий расходный материал	<p>Марлевые салфетки (стерильные)</p> <p>Источник дополнительного освещения</p> <p>Перчатки стерильные (при необходимости)</p>
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	

6.1 Алгоритм оценки степени тяжести пролежней

I. Подготовка к процедуре:

1) идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры (если пациент в сознании). Получить информированное согласие. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача;

2) отрегулировать высоту кровати;

3) обработать руки гигиеническим способом, осушить.

4) надеть перчатки.

II. Выполнение процедуры:

1) помочь пациенту лечь на живот или на бок;

2) осмотреть места образования пролежней: крестец, пятки, лодыжки, лопатки, локти, затылок, большой вертел бедренной кости, внутренние поверхности коленных суставов;

3) оценить: локализацию, окраску кожных покровов, наличие запаха и боли, глубину и размер поражения, наличие и характер отделяемой жидкости, отечность краев раны, наличие полости, в которой могут быть видны сухожилия и/или костные образования;

4) при необходимости применять стерильные пинцеты и стерильные перчатки.

III. Окончание процедуры:

1) сообщить пациенту(ке) результат исследования;

2) подвергнуть дезинфекции использованный материал и перчатки;

3) обработать руки гигиеническим способом, осушить;

4) уточнить у пациента его самочувствие;

5) сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.

7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Отсутствуют
8 Достижимые результаты и их оценка	Оценка результатов проводится путем сопоставления полученных данных с принятой классификацией настоящего стандарта
9 Особенности информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	<p>Пациент или его родители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели и содержании данной процедуры.</p> <p>Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется</p>

<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Оценка качества проведения простой медицинской услуги проводится в соответствии с требованиями настоящего стандарта.</p> <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>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ врача - 0.</p> <p>Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 0,5</p>
<p>12 Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Отсутствует</p>
<p>13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p>	<p>Отсутствует</p>

## Приложение И (справочное). Перечень негативных технологий для профилактики и лечения пролежней

Приложение И  
(справочное)

1 Бриллиантовый зеленый 1%-ный или 2%-ный спиртовой или водный раствор (уровень доказательности D).

- 2 Калия перманганат раствор (уровень доказательности E).
- 3 Фукорцин раствор и другие красящие средства (уровень доказательности D).
- 4 Гексахлорофен раствор (уровень доказательности D).
- 5 Хлоргексидин раствор (уровень доказательности D).
- 6 Повидон-йод раствор (может применяться по ограниченным показаниям) (уровень доказательности D).
- 7 Спирт камфорный (уровень доказательности D).
- 8 Спирт этиловый 95%-96%, 90%, 70%, 40% (уровень доказательности D).
- 9 Одеколон (уровень доказательности D).
- 10 Соляно-коньячный раствор (уровень доказательности D).
- 11 Салициловая кислота раствор (уровень доказательности E).
- 12 Перекись водорода раствор (может применяться по ограниченным показаниям) (уровень доказательности D).
- 13 Разведенный раствор спирта (водки) в сочетании с шампунем (уровень доказательности D).
- 14 Картолин мазь (уровень доказательности D).
- 15 Линимент бальзамический по А.В.Вишневскому (уровень доказательности D).
- 16 Растительные средства народной медицины, имеющие дубильный (вяжущий) эффект (кора дуба, кора ивы, калганый корень, настой зеленого грецкого ореха, скумпия и др.) (уровень доказательности E).
- 17 Применение резинового круга (резинового судна) в т.ч. обернутого ветошью, марлей (уровень доказательности E).
- 18 Применение ватно-марлевых кругов, матерчатого "бублика" (уровень доказательности E).
- 19 Массаж "рискованных" участков тела (уровень доказательности E).
- 20 Гигиенические мероприятия без использования профессиональных (косметических) средств, медицинских изделий по уходу за кожей, например, лосьонов, пенки, кремов, защитных пленок и др. (уровень доказательности E).

## **Приложение К (рекомендуемое). Памятка для пациента**

Приложение К  
(рекомендуемое)

Профилактика - лучшее лечение.

Для того чтобы помочь нам предупредить у Вас образование пролежней, следует:

- употреблять в пищу достаточное (не менее 1,5 литров) количество жидкости (объем жидкости следует уточнить у врача) и не менее 120 г белка; 120 г белка нужно "набрать" из разных, любимых вами продуктов, как животного, так и растительного происхождения.

Средний вес продуктов, содержащий 100 грамм пищевого белка, приведен в следующей таблице К.1.

Таблица К.1

Вес (г)	Продукт
725	жирный творог
500	нежирный творог
625	мягкий диетический творог
1430	молоко сгущенное, без сахара, стерилизованное
425	сыр голландский
375	сыр костромской, пошехонский, ярославский
475	сыр российский
400	сыр швейцарский
685	брынза из овечьего молока
560	брынза из коровьего молока
785	яйцо куриное
480	баранина нежирная
495	говядина нежирная
485	мясо кролика
685	свинина мясная
510	телятина
550	мясо кур
1460	хлеб пшеничный

1100	макароны, лапша
1250	крупа гречневая
510	нежирный цыпленок
510	индейка
575	печень говяжья
640	камбала
625	каarp
540	окунь речной
530	палтус
590	салака
565	сельдь атлантическая жирная
555	сельдь тихоокеанская нежирная
555	скумбрия
540	ставрида
525	судак
575	треска
600	хек
530	щука
1250	крупа манная

1500	рис
2000	горох зеленый

- перемещайтесь в постели, в т.ч. из кровати в кресло, исключая трение; используйте вспомогательные средства;
- используйте противопролежневый матрац и подушку для кресла;
- попытайтесь находить в постели удобное положение, но не увеличивайте давление на уязвимые участки (костные выступы);
- изменяйте положение в постели каждые 1-2 ч или чаще, если Вы можете сидеть;
- ходите, если можете; делайте упражнения, сгибая и разгибая руки, ноги;
- делайте 10 дыхательных упражнений каждый час: глубокий, медленный вдох через рот, выдох через нос;
- принимайте активное участие в уходе за Вами или самоуходе;
- используйте абсорбирующее белье и профессиональные средства (косметические), медицинские изделия для ухода за кожей для гигиены при недержании мочи и уменьшения негативного влияния мочи на состояние кожи;
- задавайте вопросы медсестре, если у Вас появились какие-то проблемы.

## **Приложение Л (рекомендуемое). Памятка для лица, осуществляющего уход за пациентом, или законного представителя пациента**

Приложение Л  
(рекомендуемое)

При каждом перемещении, смене нательного белья, подгузников, гигиенических процедурах, любом ухудшении или изменении состояния осматривайте регулярно кожу пациента в области крестца, пяток, лодыжек, лопаток, локтей, затылка, большого вертела бедренной кости, внутренней поверхности коленных суставов.

Не подвергайте уязвимые участки тела давлению, трению. Проводите гигиенические процедуры: 1 раз в день обработка всего тела пациента, проблемных зон при сильном потоотделении, гигиена интимной зоны каждый раз при смене подгузника. Используйте профессиональные (косметические) средства, медицинские изделия для ухода за кожей, например: гели, средства для мытья пациента в постели, средства для мытья и ухода за кожей с нейтральным для кожи pH, системы "мытья без воды" - очищающая пена и др. В случае применения моющих средств, убедитесь, что моющее средство смыто, высушите кожу промакивающими движениями. Для высушивания кожи не используйте изделия из махровой ткани. Если кожа слишком сухая, пользуйтесь увлажняющим кремом или маслом. Мойте кожу теплой водой.

Пользуйтесь защитными кремами и пленками, если это показано.

Не делайте массаж в области выступающих костных выступов.

Изменяйте положение пациента каждые 2 ч (в ночное время по потребности пациента с учетом риска развития пролежней): положение Фаулера; положение Симса; "на левом боку"; "на правом боку"; "на животе" (по разрешению врача). Виды положений зависят от заболевания и состояния конкретного пациента. Обсудите это с врачом.

Изменяйте положение пациента, приподнимая его над постелью.

Проверяйте состояние постели (складки, крошки, сухость и т.п.).

Исключите контакт кожи пациента с жесткой частью кровати.

Используйте матрасы, подушки на пористой (пенной) основе в дышащем в чехле (вместо ватно-марлевых и резиновых кругов, клеенок и др.) для уменьшения давления на кожу, снижения риска возникновения парникового эффекта.

Ослабьте давление на участки нарушения целостности кожи. Не используйте резиновые круги, в т.ч. обернутые ветошью, марлей и т.д. (приложение И). Пользуйтесь соответствующими приспособлениями (противопролежневые матрасы, противопролежневые подушки, система укладки пациента и др.).

Опустите изголовье кровати на самый низкий уровень (угол не более 30°). Приподнимайте изголовье на короткое время для выполнения каких-либо манипуляций.

Не допускайте, чтобы в положении "на боку" пациент лежал непосредственно на большом вертеле бедра (положение пациента 30°).

Не допускайте непрерывного сидения в кресле или инвалидной коляске. Напоминайте изменять положение через каждый час, самостоятельно менять положение тела, подтягиваться, осматривать уязвимые участки кожи. Посоветуйте ослаблять давление на ягодицы каждые 15 мин: наклоняться вперед, в сторону, приподниматься, опираясь на ручки кресла и т.д.

Уменьшайте риск повреждения ткани под действием давления:

- регулярно изменяйте положение тела;
- используйте приспособления, уменьшающие давление тела;
- соблюдайте правила приподнимания и перемещения;
- осматривайте всю кожу не реже 1 раза в день;
- осуществляйте правильное питание и адекватный прием жидкости.

Контролируйте качество и количество пищи и жидкости, в т.ч. при недержании мочи.

Максимально расширяйте активность своего подопечного. Если он может ходить, побуждайте его прогуливаться через каждый час.

Используйте абсорбирующее белье (непромокаемые пеленки, подгузники, впитывающие трусы, урологические прокладки и вкладыши и др.).

Выбор абсорбирующего белья проводится в соответствии с [ГОСТ Р 55370](#).

# Приложение М (рекомендуемое). Форма карты пациента

Приложение М  
(рекомендуемое)

История болезни N

---

Наименование учреждения

---

Наименование отделения

---

Дата: начало наблюдения

окончание  
наблюдения

---

---

Ф.И.О.

---

возраст

---

Диагноз (указывается полностью)

основной

---

осложнение основного

---

сопутствующий

---

Модель пациента:

Пациенты с полной и частичной неподвижностью, имеющие риск развития пролежней по шкале Ватерлоу 10 и более баллов или по другой шкале, и у которых на момент выполнения модели отсутствовали пролежни.

Группа заболеваний:

Заболевания воспалительного, дегенеративного или токсического генеза, обусловленные тяжелым поражением центральной нервной системы, иммунодефицитные состояния, инконтиненция, пациенты с нарушением микроциркуляции и микроангиопатией.

Код МУ	Наименование МУ	Отметка о выполнении (кратность)
A13.30.001	Обучение самоуходу	
A13.30.004	Обучение близких уходу за тяжелобольным пациентом	
B04.069.006	Школа ухода за пациентом	
A14.01.001	Уход за кожей тяжелобольного пациента	
A14.01.002	Уход за волосами, ногтями, бритье тяжелобольного пациента	
A14.19.001	Пособие при дефекации тяжелобольного пациента	
A14.28.001	Пособие при мочеиспускании тяжелобольного пациента	
A14.30.001	Перемещение и/или размещение тяжелобольного пациента в постели	
A14.30.004	Приготовление и смена постельного белья тяжелобольному	
A14.30.005	Пособие по смене белья и одежды тяжелобольному	
A14.30.007	Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольных	
A14.30.012	Оценка степени риска развития пролежней	
A14.30.013	Оценка степени тяжести пролежней	
A14.30.002	Транспортировка тяжелобольного пациента внутри учреждения	

*Продолжение*

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТА (заполняется при исключении пациента из модели)	ПЕРИОД НАБЛЮДЕНИЯ	НАЧАЛО НАБЛЮДЕНИЯ	ОКОНЧАНИЕ НАБЛЮДЕНИЯ	ПРИМЕЧАНИЕ
	Пациент соблюдает режим питания, режим двигательной активности	да/нет да/нет	да/нет да/нет	Проведены беседы: о питании да/нет о режиме да/нет
	Степень пролежней (отметить)	<input type="checkbox"/> 0  <input type="checkbox"/> I  <input type="checkbox"/> II  <input type="checkbox"/> III  <input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> 0  <input type="checkbox"/> I  <input type="checkbox"/> II  <input type="checkbox"/> III  <input type="checkbox"/> IV	
	Осложнения заболевания (указать, какие именно):  лекарственные:  немедикаментозные (средств по уходу за кожей):	да/нет  да/нет	да/нет  да/нет	

другое (укажите):	да/нет	да/нет	
Лекарственные осложнения	Наименование препарата, их вызвавшего: Проявления: Дата проявления: Дата купирования:		
Немедикаментозные осложнения при использовании средств по уходу за кожей	Наименование средства по уходу за кожей, их вызвавшего: Проявления: Дата проявления: Дата купирования:		
ИСХОД (по классификатору исходов): стабилизация.....да/нет прогрессирование.....да/нет			
Продолжения профилактики:			
Информация о пациенте передана в учреждение, мониторирующее модель профилактики пролежней: _____ (дата)			

Окончание

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЭКСПЕРТОМ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПРИ МОНИТОРИ- РОВАНИИ	Полнота выполнения обязательного перечня услуг	да	нет	Примечание
	Выполнение сроков выполнения услуг	да	нет	
	Соответствие профилактики требованиям модели по срокам/продолжительности	да	нет	
	Комментарии:			
	_____	_____		
(дата)	(подпись)			

## Приложение Н (справочное). Опросник EQ-5D (European Quality of Life Instrument)

### Приложение Н (справочное)

Данный опросник предназначен для изучения качества жизни пациентов и здоровых людей в некоммерческих целях. Просим экспертов, работающих с опросником, не вносить в него изменений и дополнений, за исключением приложения с характеристикой отвечающих на вопросы.

Данный опросник направлен на выявление Вашего отношения к своему здоровью. В опроснике перечислены различные состояния здоровья, в которых можете находиться Вы. Мы просим Вас отметить, насколько эти состояния были бы тяжелы для Вас лично. В этом опроснике нет правильных или неправильных ответов; нас интересует только Ваше личное мнение.

Прежде всего, мы просим Вас оценить свое состояние здоровья на сегодня. Ниже приведены пять вопросов, направленных на оценку состояния вашего здоровья. Отвечая на каждый вопрос, галочкой в квадратике слева отметьте, какой из вариантов лучше всего описывает ваше состояние здоровья сегодня (отметьте только один пункт).

### Передвижение в пространстве

У меня нет проблем с передвижением в пространстве

У меня есть некоторые проблемы с передвижением в пространстве

Я прикован к кровати

### Самообслуживание

У меня нет проблем с самообслуживанием

У меня есть некоторые проблемы при мытье или одевании

Я не могу сам мыться или одеваться

### Повседневная активность

У меня нет проблем с выполнением повседневных дел (работа, учеба, домашние дела, семейные обязанности, проведение досуга)

У меня есть некоторые проблемы с выполнением повседневных дел

Я не могу выполнять повседневные дела

### Боль и дискомфорт

Я не чувствую боли и дискомфорта

У меня есть сейчас небольшая боль или дискомфорт

Меня мучает боль или дискомфорт

#### Тревога и депрессия

Я не чувствую тревоги и депрессии

У меня есть сейчас небольшая тревога или депрессия

У меня есть выраженная тревога или депрессия

---

Ваше состояние здоровья сегодня по сравнению с тем, каким оно было год назад:

Улучшилось

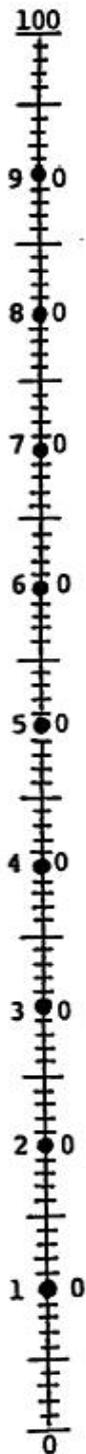
Не изменилось

Ухудшилось

Для того чтобы помочь оценить свое состояние здоровья, мы нарисовали шкалу, напоминающую термометр, на которой наилучшее из возможных состояний здоровья оценивается в 100 баллов, а наихудшее, которое вы только можете себе представить, оценивается в 0 баллов.

Отметьте, пожалуйста, на шкале, на сколько баллов Вы оцениваете свое состояние здоровья сегодня. Сделайте это, соединив квадратик слева со шкалой линией на том уровне, который соответствует вашему состоянию здоровья.

Ваше состояние  
здоровья  
на текущий  
момент



Теперь мы просим Вас рассмотреть и оценить несколько других состояний здоровья.

Нас интересует, насколько хорошими или плохими эти состояния были бы для Вас лично.

Состояния здоровья описаны в квадратиках справа и слева от шкалы.

Каждый раз, оценивая значимость состояния здоровья, представляйте, что оно длится в течение года. Что случится потом, неизвестно, и не должно учитываться.

Пожалуйста, соедините каждый квадратик одной линией с тем уровнем шкалы, который, по Вашему мнению, соответствует оценке данного состояния здоровья.

Линии могут пересекаться между собой.

Пожалуйста, убедитесь, что вы нарисовали одну линию от каждого квадратика (всего должно быть восемь линий).

Наилучшее из возможных состояний здоровья

<p><b>A</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Нет проблем с передвижением в пространстве</li> <li>• Нет проблем с самообслуживанием</li> <li>• Есть некоторые проблемы с выполнением повседневных дел (работа, учеба, домашние дела, семейные обязанности или проведение досуга)</li> <li>• Нет чувства боли или дискомфорта</li> <li>• Нет чувства тревоги или депрессии</li> </ul>		<p><b>C</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Нет проблем с передвижением в пространстве</li> <li>• Нет проблем с самообслуживанием</li> <li>• Нет проблем с выполнением повседневных дел (работа, учеба, домашние дела, семейные обязанности или проведение досуга)</li> <li>• Небольшое чувство боли или дискомфорта</li> <li>• Нет чувства тревоги или депрессии</li> </ul>
<p><b>* E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Нет проблем с передвижением в пространстве</li> <li>• Нет проблем с самообслуживанием</li> <li>• Нет проблем с выполнением повседневных дел (работа, учеба, домашние дела, семейные обязанности или проведение досуга)</li> <li>• Нет чувства боли или дискомфорта</li> <li>• Нет чувства тревоги или депрессии</li> </ul>		<p><b>K</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Есть некоторые проблемы с передвижением в пространстве</li> <li>• Есть некоторые проблемы с самообслуживанием</li> <li>• Есть некоторые проблемы с выполнением повседневных дел (работа, учеба, домашние дела, семейные обязанности или проведение досуга)</li> <li>• Выраженное чувство боли или дискомфорта</li> <li>• Выраженное чувство тревоги или депрессии</li> </ul>
<p><b>J</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Есть некоторые проблемы с передвижением в пространстве</li> <li>• Нет проблем с самообслуживанием</li> <li>• Есть некоторые проблемы с выполнением повседневных дел (работа, учеба, домашние дела, семейные обязанности или проведение досуга)</li> <li>• Выраженное чувство боли или дискомфорта</li> <li>• Небольшое чувство тревоги или депрессии</li> </ul>		<p><b>* B</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Прикован к постели</li> <li>• Не может сам мыться и одеваться</li> <li>• Не может сам выполнять повседневные дела (работа, учеба, домашние дела, семейные обязанности или проведение досуга)</li> <li>• Выраженное чувство боли или дискомфорта</li> <li>• Выраженное чувство тревоги или депрессии</li> </ul>
<p><b>D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Нет проблем с передвижением в пространстве</li> <li>• Нет проблем с самообслуживанием</li> <li>• Нет проблем с выполнением повседневных дел (работа, учеба, домашние дела, семейные обязанности или проведение досуга)</li> <li>• Небольшое чувство боли или дискомфорта</li> <li>• Небольшое чувство тревоги или депрессии</li> </ul>		<p><b>G</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Прикован к постели</li> <li>• Не может сам мыться и одеваться</li> <li>• Не может сам выполнять повседневные дела (работа, учеба, домашние дела, семейные обязанности или проведение досуга)</li> <li>• Умеренное чувство боли или дискомфорта</li> <li>• Нет чувства тревоги или депрессии</li> </ul>

Наихудшее из возможных состояний здоровья

На следующей странице так же, как Вы делали на предыдущей, соедините каждый квадратик, описывающий состояние здоровья, одной линией с тем уровнем шкалы, который, по Вашему мнению, соответствует оценке данного состояния здоровья.

Вы увидите, что состояния, отмеченные "звездочкой", повторяются на обеих страницах.

<p><b>P</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Есть некоторые проблемы с передвижением в пространстве</li> <li>• Нет проблем с самообслуживанием</li> <li>• Нет проблем с выполнением повседневных дел (работа, учеба, домашние дела, семейные обязанности или проведение досуга)</li> <li>• Нет чувства боли или дискомфорта</li> <li>• Нет чувства тревоги или депрессии</li> </ul>		<p><b>U</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Нет проблем с передвижением в пространстве</li> <li>• Нет проблем с самообслуживанием</li> <li>• Нет проблем с выполнением повседневных дел (работа, учеба, домашние дела, семейные обязанности или проведение досуга)</li> <li>• Нет чувства боли или дискомфорта</li> <li>• Небольшое чувство тревоги или депрессии</li> </ul>
<p><b>* X</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Нет проблем с передвижением в пространстве</li> <li>• Нет проблем с самообслуживанием</li> <li>• Нет проблем с выполнением повседневных дел (работа, учеба, домашние дела, семейные обязанности или проведение досуга)</li> <li>• Нет чувства боли или дискомфорта</li> <li>• Нет чувства тревоги или депрессии</li> </ul>		<p><b>T</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Прикован к постели</li> <li>• Есть некоторые проблемы с умыванием и одеванием</li> <li>• Есть некоторые проблемы с выполнением повседневных дел (работа, учеба, домашние дела, семейные обязанности или проведение досуга)</li> <li>• Нет чувства боли или дискомфорта</li> <li>• Нет чувства тревоги или депрессии</li> </ul>
<p><b>O</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Бессознательное состояние</li> </ul>		<p><b>* Y</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Прикован к постели</li> <li>• Не может сам мыться и одеваться</li> <li>• Не может сам выполнять повседневные дела (работа, учеба, домашние дела, семейные обязанности или проведение досуга)</li> <li>• Выраженное чувство боли или дискомфорта</li> <li>• Выраженное чувство тревоги или депрессии</li> </ul>
<p><b>S</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Нет проблем с передвижением в пространстве</li> <li>• Есть некоторые проблемы с умыванием и одеванием</li> <li>• Нет проблем с выполнением повседневных дел (работа, учеба, домашние дела, семейные обязанности или проведение досуга)</li> <li>• Нет чувства боли или дискомфорта</li> <li>• Нет чувства тревоги или депрессии</li> </ul>		<p><b>M</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Есть некоторые проблемы с передвижением в пространстве</li> <li>• Есть некоторые проблемы с умыванием и одеванием</li> <li>• Не может сам выполнять повседневные дела (работа, учеба, домашние дела, семейные обязанности или проведение досуга)</li> <li>• Умеренное чувство боли или дискомфорта</li> <li>• Выраженное чувство тревоги или депрессии</li> </ul>

## Библиография

- [1] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации "Об утверждении отраслевого стандарта "Протокол ведения больных. Пролезни" [ОСТ 91500.11.0001-2002](#) от 17.07.2002 г. N 123
- [2] Reaching for the moon: achieving zero pressure ulcer prevalence\*. J Wound Care 18(4): 137-44 Bales I, Padwojski A; 2009
- 
- \* Доступ к международным и зарубежным документам, упомянутым здесь и далее по тексту, можно получить, перейдя по ссылке на сайт <http://shop.cntd.ru>. - Примечание изготовителя базы данных.
- [3] The cost of pressure ulcers in the UK: Age and Ageing; 33: 230-235; Bennett G et al; 2004
- [4] Centers for Medicare & Medicaid Services. Proposed Fiscal Year 2009 Payment, Policy Changes for Inpatient Stays in General Acute Care Hospitals. Available at: <http://www.cms.hhs.gov/apps/media/press/factsheet.asp?Counter=3045&intNumPerPage=10&checkDate=&checkKey=&srchType=1&numDays=3500>. Accessed May 13, 2008.
- [5] Centers for Medicare & Medicaid Services. Medicare Program; Proposed Changes to the Hospital Inpatient Prospective Payment Systems and Fiscal Year 2009 Rates; Proposed Changes to Disclosure of Physician Ownership in Hospitals and Physician Self-Referral Rules; Proposed Collection of Information Regarding Financial Relationships Between Hospitals and Physicians; Proposed Rule. Federal Register. 2008; 73 (84):23550. Available at: <http://edocket.access.gpo.gov/2008/pdf/08-1135.pdf>
- [6] Factors affecting healing of Pressure ulcers in Korean Acute Hospital. Sung Y.H et al. WOCN January 2011
- [7] Interprofessional Management of Complex Continuing Care Patient Admitted with 18 Pressure Ulcers. Baker T et al. Ostomy Wound Management; Feb 2011
- [8] [Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ \(ред. от 24.07.2009\) "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации"](#)
- [9] [Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденный Распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 г. N 2347-р.](#)

- [10] [Приказ Минтруда России от 24.05.2013 N 214н \(ред. от 29.12.2014\) "Об утверждении классификации технических средств реабилитации \(изделий\) в рамках федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 г. N 2347-р"](#)
- [11] Пролежни. Экономика и профилактика. Воробьев П.А., Краснова Л.С.//М.: Ньюдиамед, 2012. 100 с.
- [12] Воробьев П.А., Краснова Л.С., Шустов А.Г, Смола П., Фарафонова А.Ю. Клинико-экономический анализ эффективности использования подгузников Molicare premium extra soft (Моликар премиум экстра софт) для профилактики развития дерматита и пролежней у неподвижных больных с недержанием мочи//Клиническая геронтология, 2012. - N 3-4. - Том 18. - С.45-53.
- [13] [Приказ Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 N 1664н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг"](#)
- [14] [Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"](#).

---

УДК 616- ОКС 11.160 Р24 ОКП 94 4000  
08:006.354

Ключевые слова: стандарты, надлежащая медицинская практика, пролежни, профилактика, инфологическая модель

---

Электронный текст документа  
подготовлен АО "Кодекс" и сверен по:  
официальное издание  
М.: Стандартинформ, 2016